

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

290

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre LEJEUNE

Né le 8 septembre 1901 à Guéret (Creuse)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LES ABCÈS PUERPÉRAUX
DE L'UTÉRUS

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1932

95



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre LEJEUNE

Né le 8 septembre 1901 à Guéret (Creuse)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LES ABCÈS PUERPÉRAUX
DE L'UTÉRUS

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale-chirurgicale et chirurgie expérimentale . . .	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE et
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCAILLE . . . Obstétrique.
 FÉY . . . Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 N . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 N . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU. . . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL. . . .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER. . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	) Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé. . . .	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils ont faits pour moi.

A TOUS LES MIENS

A Monsieur le Professeur C. JEANNIN

Accoucheur de l'Hôpital La Pitié
Professeur de Clinique obstétricale

*En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance pour l'honneur
qu'il m'a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

- M. le Professeur CUNÉO.
- M. le Professeur agrégé CHIRAY.
- M. le Professeur agrégé HARVIER.
- M. le Docteur JULES RENAULT.

Internat provisoire

- 1926. — M. le Docteur BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital Trousseau.

Internat

- 1929. — M. le Professeur agrégé DESMAREST, Chirurgien de l'Hôpital Ambroise-Paré.
- 1930. — M. le Docteur CATHALA, Accoucheur de l'Hôpital St-Louis.
- 1931. — M. le Professeur agrégé PROUST, Chirurgien de l'Hôpital Laënnec.
- 1932. — M. le Professeur agrégé PROUST, Chirurgien de l'Hôpital Laënnec,

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
DE PARIS

MM. les Professeurs agrégés METZGER, ECALLE

Accoucheurs des Hôpitaux de Paris

MM. les Docteurs LEVANT, DESNOYERS, LANTUÉJOUL

Accoucheurs des Hôpitaux de Paris

MM. les Docteurs LOUIS BAZY, MÉTIVET, HOUDART,
MAURER, RICHARD, SOUPAULT

Chirurgiens des Hôpitaux de Paris

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

A MES AMIS

DU MÊME AUTEUR

Apoplexie utéro-placentaire avec fissures péritonéales (en collaboration avec le Dr DESNOYERS) *Acc. des H. de Paris. Société d'Obst. et de Gyn. de Paris*, janvier 1931.

Grossesse tubaire diagnostiquée grâce à l'épreuve d'Ascheim et Zondek (en collaboration avec le Prof. agrégé PROEST) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, n° 22, 27 juin 1931.

L'utilité pratique en chirurgie du diagnostic biologique de la grossesse (en collaboration avec le Prof. agrégé PROUST) *Journal de Gyn. et d'Obst.*, décembre 1931.

Hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale en dehors de la grossesse ectopique et à symptomatologie d'appendicite (*Journal de Gynécologie et d'Obstétrique*) (sous presse).

INTRODUCTION

Sous le nom d'abcès puerpéraux de l'utérus nous entendrons toute collection purulente enkystée développée dans le parenchyme utérin et liée à la puerpéralité.

De cette étude nous éliminerons :

D'une part : Les petits abcès miliaires que l'examen anatomique de l'utérus peut montrer chez certaines femmes mortes de septico-pyohémie.

D'autre part : Les suppurations consécutives à l'infection de certains myomes dégénérés.

Envisagé sous cet angle, l'abcès utérin constitue à n'en pas douter une forme peu commune d'infection puerpérale. Pour s'en convaincre il suffit d'ailleurs de parcourir les traités classiques de gynécologie et d'obstétrique. Certains consacrent à cette affection quelques lignes ; d'autres et ce sont les plus nombreux se contentent d'en signaler la possibilité en mentionnant leur extrême rareté.

Notre intention dans cette étude n'est pas de vouloir démontrer que l'abcès utérin de la puerpéralité est quoi qu'on en ait dit, une chose fréquente, bien que ce-

pendant la rareté de cette variété d'infection puerpérale n'est peut-être pas aussi grande qu'on l'a cru longtemps.

Ce que nous voulons simplement c'est contribuer pour une part à la désagrégation de ce terme vague et imprécis qui a encore actuellement trop cours : la fièvre puerpérale.

Comme en chirurgie il existe des péritonites appendiculaires, des péritonites par perforation d'ulcus, des péritonites par rupture de pyosalpinx, etc... et non des péritonites tout court comme on le disait autrefois, de même en matière d'infection puerpérale il faut sans aucun doute sérier les faits et distinguer des cas particuliers.

La conception unitaire de l'infection puerpérale est une erreur absolue. Elle a conduit à l'uniformisation du traitement et ainsi à des catastrophes.

L'infection puerpérale n'est pas une, elle comprend une foule de formes anatomo-cliniques dont chacune relève d'une thérapeutique particulière. Et parmi ces innombrables formes l'abcès de l'utérus en est une, rare il est vrai, mais qui n'en a pas moins une individualité certaine.

Par ce travail nous essayerons donc de mettre un peu de clarté dans l'histoire de ces abcès. Nous tâcherons en particulier d'élucider leur pathogénie, de leur décrire une symptomatologie propre, enfin de voir la thérapeutique la plus judicieuse qui doit leur être appliquée.

Pour cela nous baserons notre étude sur 58 observa-

tions. Parmi ces observations certaines sont inédites ; d'autres ont été publiées dans différents périodiques ; d'autres enfin ont déjà servi à élaborer un travail sur la question qui nous occupe. Mais parmi ces dernières nous avons tenu à faire un choix minutieux. Toutes celles qui nous ont paru sujettes à caution ont été rejetées de parti pris et nous n'avons conservé que les observations indiscutables.

Mais avant d'entreprendre cette étude qu'il nous soit permis de remercier les Maîtres dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève et qui ont tant fait pour notre instruction médicale.

Les Professeurs agrégés Metzger, Desmarest, Proust, le Dr Cathala, dont nous avons été successivement l'Interne ont été pour nous des maîtres incomparables.

Avec bienveillance, avec beaucoup de sollicitude et de sympathie ils ont toujours essayé de nous inculquer le meilleur de leur science. Auprès d'eux nous avons passé des heures particulièrement agréables et fécondes en enseignement.

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre grande admiration et de notre respectueuse sympathie.

Nous tenons en outre à remercier particulièrement les Drs Houdart et Maurer, chirurgiens des hôpitaux, assistants du Professeur agrégé Proust pour les conseils toujours précieux qu'ils nous ont donnés et pour leur bienveillance à notre égard ; le Dr Lantuéjoul,

accoucheur des hôpitaux pour l'amitié qu'il nous a toujours témoignée ; le D^r Chomé, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté pour les conseils qu'il nous a prodigués d'une façon si cordiale pour l'élaboration de ce travail.

HISTORIQUE

L'histoire des abcès utérins est de date relativement récente.

Avant 1900, en dehors du travail de Lucas-Championnière on ne retrouve sur ce sujet que des observations éparses ; et encore certaines d'entre elles présentent une valeur scientifique bien discutable. Pierre Delbet écrivait d'ailleurs en 1889 dans un traité classique :

« Il n'existe peut-être pas un seul cas de véritable abcès de l'utérus ».

C'est dire combien la question des abcès de l'utérus était restée jusqu'alors dans le vague.

Ce n'est qu'à partir de 1900 en effet que des observations précises apparaissant et que quelques études sérieuses sont entreprises.

Le premier travail d'ensemble paraît remonter à 1901. Il est dû à un auteur allemand, Otto von Franqué, qui cite un certain nombre d'observations.

En 1906 est publié une mise au point plus importante et qui fait date. C'est la thèse de Salva Mercadé — On y trouve 41 observations d'abcès utérins, mais certaines paraissent très sujettes à caution.

Küss la même année reprend la question et discute en particulier la pathogénie qui semblait si simple d'après la thèse de Mercadé.

Les travaux dès lors vont se multiplier, tant en France qu'à l'étranger.

Noble en 1907, Sampson en 1910, Barows en 1911, Harrigan en 1913, Stein en 1924, citent en Amérique plusieurs belles observations d'abcès utérin,

En Italie Silva, Viridis en 1927, Tommasseli en 1930 publient également des cas indiscutables.

En France Sauvé 1907, Roy en 1914, Hauptmann en 1930 font des études intéressantes de la question. Enfin Haller, Wilmoth, Poulain à l'occasion de cas personnels discutent certains points de détail, en particulier la thérapeutique la plus judicieuse qui semble convenir aux abcès utérins.

ETIOLOGIE

Les abcès utérins relèvent de causes très diverses :

Il en est de tuberculeux, de traumatiques, de gonococciques, enfin de puerpéraux.

Ces derniers seuls nous retiendrons. Ils ont en effet par rapport aux autres qui ne sont que des curiosités, une fréquence relativement grande.

Sur les 41 observations publiées par Salva Mercadé dans sa thèse on retrouve en effet l'infection puerpérale à l'origine de ces abcès dans 28 cas.

Virdis considère de même que 80 % des abcès utérins sont liés à la puerpéralité.

Mais si l'infection puerpérale joue sans conteste un rôle prépondérant dans l'étiologie des abcès utérins, il ne semble pas que l'infection *post-abortionum* et l'infection *post-partum* aient la même importance dans leur genèse.

Mercadé pense que l'avortement et en particulier l'avortement criminel a un rôle étiologique prépondérant. L'article consacré aux abcès utérins dans le Traité d'obstétrique de Bar, Brindeau, Chambrelent émet la même opinion.

Roy au contraire, ainsi que Wilmoth, estiment que l'infection post-partum surtout est facteur d'abcès utérins.

C'est à cette deuxième thèse que personnellement nous arrivons en relisant nos observations. Sur 58 cas rapportés nous trouvons en effet 17 abcès *post abortum* seulement, alors que l'infection *post-partum* est à l'origine des 41 autres cas.

L'infection *post-partum* nous paraît donc beaucoup plus souvent en cause que l'infection *post-abortum* dans l'étiologie des abcès utérins. Sur 100 abcès de l'utérus, 72 environ relèvent d'une infection secondaire à l'accouchement. L'explication d'ailleurs en est aisée si l'on se rappelle combien l'utérus est un organe autrement plus sensible à l'infection après accouchement qu'après avortement.

Quant à la raison même pour laquelle certaines femmes font plus volontiers un abcès utérin qu'une autre variété d'infection puerpérale, il nous paraît difficile de trouver une explication probante.

Certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle capital au traumatisme local. Mercadé dans son travail dit : « Le bacille est porté pour l'instrument au centre même de la plaie. Le parenchyme est quelquefois même piqué par l'instrument qui dépose ainsi le microbe dans sa texture ».

Viridis, Sauvé soutiennent une opinion semblable. « Le traumatisme, dit Sauvé, joue un rôle prépondérant dans la localisation intra-parenchymateuse de l'abcès ».

« Accouchements avec manœuvres manuelles ou instrumentales, depuis le forceps jusqu'aux embryotomies laborieuses, la délivrance artificielle, le curettage, les tentatives d'avortement sont presque toujours à l'origine de ces abcès » dit-il plus loin.

« Le microbe serait directement porté dans la plupart des cas par l'agent traumatisant à son point de pullulation, au centre même du futur foyer » doit-on admettre l'opinion de ces différents auteurs ?

Personnellement nous ne le croyons pas. Il est possible que l'abcès soit lié parfois à une inoculation directe du muscle utérin. Mais c'est là nous semble-t-il une éventualité exceptionnelle. Point n'est besoin d'une cause favorisante pour que l'abcès utérin prenne naissance. L'infection simple de la plaie placentaire nous paraît suffisante ; qu'elle soit liée à une rétention de caillots, de débris placentaires ou de membranes. La production de l'abcès a lieu d'une façon toute autre comme nous le verrons plus loin.

D'ailleurs il suffit de parcourir nos observations pour se rendre compte de l'exactitude de l'opinion que nous avançons.

Sur 41 abcès *post-partum* que trouve-t-on ? 33 fois un accouchement spontané, facile, sans incident, sans traumatisme. Certaines de nos observations sont à ce point de vue très démonstratives.

Au point de vue étiologique nos conclusions sont donc les suivantes ;

1° Les abcès de l'utérus relèvent dans la majorité des cas de l'infection puerpérale ;

2° L'infection post-partum est bien plus souvent que l'infection post-abortum à l'origine de ces abcès ;

3° Si les accouchements difficiles sont plus aptes à déterminer les abcès utérins, comme d'ailleurs ils sont plus aptes à provoquer toutes les formes d'infection puerpérale, il n'est nullement besoin d'un traumatisme local pour que ces abcès prennent naissance.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomique les abcès utérins présentent des particularités intéressantes :

1. Nombre :

Leur nombre est variable suivant les cas. Tantôt l'abcès est isolé, unique, tantôt il s'agit d'abcès multiples. Les abcès uniques seraient pour la majorité des auteurs plus fréquentes que les abcès multiples.

Cet ainsi que Noble sur une statistique de 18 cas trouve 12 abcès uniques, 3 fois deux abcès dans le même utérus, et 3 fois des abcès développés en grand nombre dans le parenchyme.

Sauvé de son côté trouve onze fois un abcès unique, 4 fois un abcès double, 4 fois des abcès multiples dans le même utérus.

Roy estime également que dans $\frac{2}{3}$ des cas environ l'abcès utérin est unique.

De notre côté, en parcourant nos observations nous arrivons aux mêmes conclusions. L'abcès unique est nettement plus fréquent que les abcès multiples. Il reste à l'état isolé dans à peu près 70 % des cas. Ceci d'ailleurs n'a pas uniquement un intérêt scientifique. Au point de

vue opératoire c'est un point qu'il est intéressant de considérer. La possibilité d'abcès unique peut faire espérer parfois une thérapeutique conservatrice, une simple incision, alors que la multiplicité des abcès est au contraire une indication formelle à l'hystérectomie.

2 Siège :

Les abcès puerpéraux de l'utérus siègent en général au niveau du corps utérin, quelquefois au niveau de l'isthme, exceptionnellement au niveau du col.

Mais au niveau du corps ils ont un lieu de prédilection incontestable ; c'est la région du fond et en particulier la région des Cornes. Tous les auteurs sont d'accord à ce point de vue. Le relevé de notre statistique vérifie d'ailleurs bien cette assertion. Nous verrons plus loin pourquoi cette localisation élective.

Quant au siège de l'abcès vis-à-vis du parenchyme, il peut être intra-musculaire, sous-muqueux ou sous-péritonéal. Mais là encore existe un siège de prédilection, c'est la région sous-péritonéale. Presque tous se développent vers la séreuse et comme nous le verrons la plupart ont tendance à s'ouvrir vers l'abdomen.

Les abcès purement intra-musculaires sont plus rares. Quant aux abcès sous-muqueux ils sont l'exception. Il est vrai que ce sont ceux qui peuvent le plus facilement passer inaperçus.

3. Volume :

Le volume de ces abcès est très variable.

D'après Bar et Jeannin ils atteignent en général le

volume d'une noix. Mais il en est de plus petits, surtout quand il s'agit d'abcès multiples. Il en existe de même de plus volumineux. Certains atteignent la grosseur d'une pêche, d'une mandarine.

Dans le cas cité par Poulain l'abcès avait un volume plus considérable encore puisqu'il contenait un litre de pus environ. Il s'agit là il est vrai d'un cas exceptionnel.

Le siège même de l'abcès commande d'ailleurs en partie son volume. Quand il est intra-musculaire l'abcès reste petit, atteignant le volume d'une noisette, d'une noix, quelquefois un œuf de poule. S'il est sous-séreux ou sous muqueux il n'est plus bridé par les fibres musculaires et peut atteindre un volume plus considérable.

4. Forme :

L'abcès utérin a en général une forme plus ou moins régulièrement arrondie. Il s'adapte pourtant aux régions qui le limitent.

Lepage décrit 2 abcès en forme d'haltère au niveau du bord supérieur de l'utérus. Dans le cas de Bold l'abcès avait la forme d'un canal ayant traversé presque toute la largeur de l'utérus dans sa moitié supérieure.

5. Contenu :

Le contenu de l'abcès utérin est formé par du pus plus ou moins épais, plus ou moins bien lié, en quantité plus ou moins grande suivant le volume de l'abcès.

Presque toujours c'est un pus franc, jaunâtre, sans odeur. Notre statistique ne contient aucun abcès gan-

greneux. Ces derniers doivent donc être bien rares, si tant est qu'ils existent.

6. Lésions de voisinage :

L'abcès développé dans le parenchyme constitue rarement une lésion isolée. Tout autour de lui les organes voisins réagissent.

C'est ainsi que l'utérus, point de départ de l'infection reste gros, comme un utérus infecté banal. L'involution utérine ne s'est pas poursuivie jusqu'au bout. L'organe est gros, mou, œdémateux.

Le péritoine souvent aussi réagit à l'infection. Au niveau de l'utérus, du pelvis, on le trouve plus ou moins rouge, plus ou moins enflammé.

Les organes voisins ont souvent de ce fait contracté des adhérences inflammatoires avec l'utérus. L'intestin grêle, la vessie peuvent être collés plus ou moins intimement sur lui. L'épiploon surtout y est très souvent adhérent. Il forme une barrière, une cloison qui isolera le petit bassin de la grande cavité péritonéale.

Les trompes enfin peuvent également être le siège d'une inflammation concomitante et ceci présente au point de vue pratique un intérêt qui n'est pas négligeable. Leur intégrité ou leur altération obligera en effet suivant les cas à faire pour un abcès utérin isolé ou une thérapeutique conservatrice ou une exérèse étendue.

La coexistence de l'inflammation salpingienne et de l'abcès utérin a une fréquence qui semble d'ailleurs variable. Tous les auteurs à ce point de vue ne sont pas d'accord,

Küss considère que la coexistence de lésions annexielles et d'abcès utérins est d'une grande fréquence. Il va même jusqu'à dire que certains abcès dits utérins sont en réalité des salpingites suppurées développées dans la portion interstitielle de la trompe.

Roy pense de même. Wilmoth au contraire soutient dans son article une thèse totalement opposée : « Il est très rare, dit-il, de voir coexister l'abcès utérin avec une double salpingite suppurée. On a beau couper l'utérus en tous sens après une hystérectomie pour pyosalpinx, il est exceptionnel de trouver des suppurations du muscle utérin, même sous forme d'abcès milliaires ».

La lecture de nos observations nous autorise à soutenir la même opinion. Sur 58 cas, les trompes ne sont atteintes en effet que 6 fois seulement.†

7. Evolution anatomique :

L'abcès constitué, quelle est son évolution naturelle si aucune thérapeutique n'est appliquée ?

La résorption pas plus là qu'ailleurs est une éventualité exceptionnelle sur laquelle il ne faut pas compter.

L'ouverture au contraire est l'évolution fatale et logique de ces abcès. Mais elle se fera d'une façon très différente suivant les cas.

Si l'abcès est développé vers la muqueuse, c'est dans la cavité utérine qu'il se videra. Ce sera souvent là un mode de guérison.

Si au contraire la collection tombe sous le péritoine utérin, c'est vers le ventre que le pus va se faire jour,

soit dans un viscère si des adhérences se sont créées durant son développement, soit dans la grande cavité péritonéale, si aucune barrière n'est venue cloisonner le petit bassin. C'est alors la péritonite généralisée, accident fréquent et cause de mort la plus habituelle des abcès de l'utérus.

Au point de vue anatomique par conséquent l'abcès utérin puerpéral :

1° Constitue souvent une collection suppurée unique dans le parenchyme utérin ;

2° Il siège avec prédilection près du fond de l'utérus et spécialement au voisinage d'une corne ;

3° Il se développe plus volontiers vers le péritoine que vers la cavité utérine ;

4° La coexistence de lésions annexielles suppurées et d'abcès utérins ne nous paraît pas une chose fréquente ;

5° La tendance naturelle de ces abcès est l'ouverture soit dans un viscère soit surtout dans la grande cavité péritonéale.

PATHOGÉNIE

Si au point de vue étiologique et anatomique les abcès utérins prêtent peu à discussion, il est loin d'en être ainsi lorsqu'on envisage leur pathogénie. Nombreuses sont en effet les théories qui ont été émises pour expliquer la genèse de cette variété d'infection puerpérale, mais peu nombreuses sont celles qui sont assises sur des bases solides. La plupart en effet ne constituent que des hypothèses proposées sans preuve bien certaine.

Pour expliquer avec netteté le développement de l'abcès utérin trois points sont à préciser :

a) D'où vient le microbe agent de l'infection et quel est ce microbe ;

b) Par quelle voie arrive-t-il dans l'épaisseur du parenchyme utérin où va se collecter la suppuration ;

c) Au dépens de quel élément l'abcès prend-il naissance.

1° Origine du microbe et variété microbienne déterminante :

Cette première question est facile à résoudre : Si certains cas d'infection puerpérale sont dus sans conteste

à une infection autogène, la très grande majorité des infections *post-partum* et *post-abortum* est liée à une inoculation directe de la plaie placentaire par un microbe apporté de l'extérieur à l'occasion d'une faute d'aseptie.

C'est d'ailleurs la connaissance de cette notion devenue classique qui fait qu'actuellement le nombre des infections puerpérales a diminué dans de notables proportions.

Quant au microbe en cause, ce peut être un staphylocoque, un colibacille, un gonocoque, mais l'immense majorité des cas, c'est, comme pour toutes les variétés d'infection puerpérale, le streptocoque qui constitue l'agent déterminant.

2^o Voie suivie par l'agent microbien

Pour se rendre compte de la voie suivie par le microbe pour gagner de la plaie placentaire l'épaisseur du parenchyme utérin, rappelons ce qu'est l'utérus d'une femme qui vient d'accoucher. La plaie placentaire large comme une paume de main après la rétraction utérine est constituée par des culs-de-sacs glandulaires dilacérés, par des lymphatiques largement ouverts, enfin par des sinus sanguins facilement perméables.

Deux voies sont donc possibles au microbe pour envahir l'organisme maternel :

- la voie lymphatique ;
- la voie veineuse,

Pour Bernütz et J.-L. Championnière la voie lymphatique serait seule empruntée par le microbe pour que prenne naissance l'abcès utérin qui est toujours pour ces auteurs un abcès lymphangitique.

« On peut rencontrer dans la paroi de l'utérus, dit Lucas-Championnière, tous les intermédiaires entre les lymphatiques dilatés par le pus et ce que l'on appelle les abcès de l'utérus ».

Malgré l'autorité de cet auteur il ne semble pas que l'on doive être aussi exclusif.

La voie lymphatique certes est sans aucun doute capitale dans la propagation de l'infection, aussi bien là d'ailleurs que dans toutes les autres variétés d'infection puerpérale, mais elle n'est certainement pas la seule. La voie veineuse ou plutôt sinusale joue probablement aussi un rôle dans certains cas. La métro-phlébite ou phlébite suppurée des sinus utérins existe en effet de façon indiscutable. L'abcès utérin peut d'ailleurs coexister avec une thrombo-phlébite suppurée. Plusieurs de nos observations en font foi.

3^e Eléments aux dépens desquels se développe l'abcès

L'infection ayant pénétré dans l'épaisseur même de l'utérus, soit par voie sinusale, soit par voie lymphatique, comment et aux dépens de quels éléments va se développer la collection purulente ?

Les auteurs qui ont étudié cette question ont proposé pour éclairer ce point particulier des hypothèses mul-

tiples. Nous voudrions les discuter avant de donner notre opinion personnelle.

a) **Théories émises :**

Mercadé, sans nier toutefois la possibilité des abcès lymphangitiques, émet une opinion qui nous semble pour le moins difficile à démontrer.

La corne utérine, dit-il est le siège d'élection des débris embryonnaires qui se présentent sous forme de kystes plus ou moins volumineux et qu'aucun trouble fonctionnel ne vient révéler à l'état normal. Mais qu'une infection utérine survienne, elle trouvera au niveau de ces kystes préformés un admirable lieu d'élection pour la formation d'un abcès. Renfermés dans cette cavité close les micro organismes exalteront alors leur virulence et du petit kyste latent qui serait resté inoffensif, ils formeront un abcès à développement progressif qui nécessitera une intervention hâtive.

Admettre une opinion semblable est, on le conçoit, très difficile. Le kyste utérin constitue une rareté et les examens histologiques des pièces d'abcès utérins n'ont jamais permis de confirmer une telle hypothèse.

Enfin comment expliquer par cette théorie les abcès multiples et ceux qui ne siègent pas au niveau de la corne utérine ?

Küss, qui considère comme nous l'explication donnée par Mercadé comme une hypothèse toute gratuite, fournit plusieurs théories pathogéniques.

Pour lui il faut, pour que l'abcès se développe, une lésion du muscle par traumatisme physiologique, accidentel ou chirurgical.

Le muscle, utérin, dit-il n'a pas plus de tendance à être le champ de suppuration diffuse ou localisée que les autres muscles de l'économie. Il faut qu'il y ait une rupture musculaire, une lésion de la fibre musculaire comme après l'accouchement compliqué ou les manœuvres abortives ou chirurgicales pour que dans certains cas rares et sous l'influence de conditions particulières qui nous échappent il y ait suppuration localisée et formation d'abcès. La suppuration se produit alors par infection d'un hématome secondaire à une déchirure ou à une rupture musculaire.

Une telle hypothèse est évidemment séduisante, mais quelles sont les preuves de son exactitude.

Personnellement nous n'en voyons pas. Il nous paraît en effet difficile d'admettre que dans les 33 accouchements spontanés, faciles, qui se sont compliqués d'abcès utérins dans la liste des observations que nous donnons, il y ait eu production d'hématome musculaire.

Küss pense en outre que certains abcès utérins ne sont en réalité que des salpingites interstitielles. Il en donne pour preuve le siège électif des abcès utérins au niveau des cornes et la coexistence fréquente de salpingite.

Sans nier, dit-il les abcès vrais des cornes utérines, un grand nombre d'abcès utérins siégeant au niveau des angles de l'utérus, doit être assimilé à une tubite ou à une salpingite intra-pariétale interstitielle, à une poche salpingienne qui évoluera et se développera comme une grossesse tubaire interstitielle, tubo-interstitielle ou utéro-interstitielle.

Là encore il s'agit d'une pure hypothèse que ne démontrent pas du tout les examens histologiques.

D'ailleurs, nous l'avons signalé plus haut, la coexistence d'abcès utérins et d'annexite est rare.

b) Théorie que nous admettons :

Nous ne pouvons donc nous associer aux idées de ces auteurs.

Il nous semble au contraire plus plausible d'admettre la théorie, pas nouvelle d'ailleurs, qui veut que l'abcès utérin soit très souvent un abcès lymphangitique.

Les preuves de cette théorie nous paraissent très faciles à fournir.

Le siège de prédilection au niveau des cornes en est une première explication. Les cornes sont en effet extrêmement riches en vaisseaux lymphatiques. Ils forment à ce niveau un réseau important qui est le rendez-vous de la plus grande partie des lymphatiques utérins.

En clinique, c'est au niveau des cornes que l'on met en évidence la douleur lorsque l'utérus est le siège d'une endométrite infectieuse. Or, que traduit-elle cette douleur, sinon une lymphangite banale. Cette lymphangite très souvent guérira simplement sans laisser de trace. Parfois l'infection dépassera la barrière utérine et donnera naissance à une des formes classiques d'infection péri-utérine ou généralisée. Mais il est possible aussi que dans quelques cas, comme partout ailleurs dans l'économie, cette lymphangite banale suppure. C'est alors l'abcès utérin constitué.

Cette théorie explique aisément pourquoi d'autres abcès sont possibles ailleurs qu'au niveau des cornes, puisque la corne n'est pas le siège unique des lymphatiques.

Elle explique de même pourquoi l'abcès utérin a une tendance particulière à se développer plutôt vers la séreuse que vers la muqueuse, car anatomiquement c'est sous le péritoine que le réseau lymphatique a son maximum de développement.

Enfin s'il est admis que les abcès miliaires que l'on rencontre dans certains utérus infectés sont bien des abcès lymphangitiques, pourquoi vouloir expliquer autrement la pathogénie des abcès plus volumineux.

Il existe d'ailleurs des formes de transition. L'observation 1 en est un type. A côté des 3 abcès volumineux la coupe de l'utérus montra en effet qu'il existait une multitude de petits abcès miliaires.

Pour nous donc l'abcès de l'utérus est dans la majorité des cas une lymphangite suppurée.

Ceci ne veut pas dire toutefois que nous nions absolument toute autre pathogénie. Il est très vraisemblable que certains abcès soient des thrombo-phlébites suppurées intra-pariétales. Mais il nous semble cependant que l'origine veineuse soit loin d'avoir l'importance de l'origine lymphatique.

SYMPTOMES

En clinique il est bien certain que l'abcès utérin ne sera très souvent comme par le passé qu'un diagnostic rétrospectif fait à l'intervention ou à l'autopsie. Du fait de sa rareté, il est en effet naturel que ce soit une affection mal connue et surtout une affection à laquelle on ne pense que très rarement.

Toutefois le diagnostic d'abcès utérin peut être posé : La preuve en est que dans plusieurs de nos observations l'intervention fut décidée avec un diagnostic exact. L'observation I en est un exemple typique.

Aussi ne doit on plus aujourd'hui être aussi catégorique que Küss et dire qu'il est, non pas difficile, mais bien absolument impossible de diagnostiquer cliniquement l'abcès utérin.

L'abcès de l'utérus possède en effet quelques signes propres. Mais ces signes que nous essayerons de mettre en valeur, il ne faut pas s'attendre à les trouver aisément et au premier examen. Presque toujours ils sont noyés au milieu d'un complexe symptomatologique plus ou moins intense d'infection puerpérale. C'est en les recherchant avec soin, et à plusieurs reprises, qu'on

peut lorsqu'on les connaît bien, arriver à poser parfois un diagnostic exact.

On évitera ainsi, comme c'est encore actuellement trop fréquent, de continuer d'une façon dangereuse l'expectative et la thérapeutique médicale habituelle, alors que faite à temps l'intervention chirurgicale rationnelle pouvait guérir la malade.

Comment donc se présente en clinique l'abcès utérin de la puerpéralité ?

Pour donner plus de clarté à notre exposé nous aurons en vue tout d'abord le plus fréquent, c'est-à-dire l'abcès du corps utérin, à développement sous-péritonéal, secondaire à l'accouchement.

Son début en général est banal. Si l'on feuillette en effet nos observations on se rend compte que c'est par des signes d'endométrite infectieuse simple que s'installe la maladie. Ceci d'ailleurs n'est pas fait pour nous surprendre si l'on se rappelle que le point de départ de l'infection est dans la majorité des cas la plaie placentaire.

Trois ou quatre jours après un accouchement difficile, en ce sens qu'il a pu nécessiter une application de forceps, une délivrance artificielle ou toute autre manœuvre du même genre, ou après un accouchement très normal, en apparence tout au moins, la température commence à grimper. Le pouls parallèlement s'accélère, les lochies deviennent légèrement fétides, quelques douleurs apparaissent dans le bas-ventre. Bref, c'est un tableau banal d'endométrite infectieuse qui s'installe. En effet à l'examen physique on ne retrouve que les si-

gnes classiques de l'endométrite : Utérus gros, subinvolué, douloureux au palper en particulier au niveau de ses cornes.

La maladie se prolonge ainsi, plus ou moins intense, plus ou moins typique. Malgré le repos, la glace, la vaccination ou toute autre thérapeutique, la fièvre persiste oscillante ; le pouls se maintient rapide ; l'utérus reste gros, douloureux.

C'est au milieu de ce tableau banal d'infection puerpérale que peu à peu va se préciser le diagnostic d'abcès utérin si l'on en recherche soigneusement les symptômes particuliers.

Ces symptômes sont, pourrait-on dire, de 2 ordres : Les uns sont des signes négatifs : Alors qu'on s'attendrait du fait de la persistance de troubles généraux, à découvrir soit localement une suppuration quelconque péri-utérine, soit à distance un foyer d'infection, l'examen physique ne permet aucune constatation pouvant expliquer d'une façon nette la prolongation de la maladie.

L'observation I est à ce point de vue particulièrement typique. L'absence de toute lésion péri-utérine permet en effet de penser peu à peu qu'il s'agissait peut être d'une collection suppurée localisée à l'utérus lui-même.

Les autres symptômes sont liés en propre à l'abcès. Mais leur constatation reste très difficile, d'autant que ce sont des symptômes d'apparition souvent tardive.

C'est en effet 15, 20 jours, parfois plus après le début des manifestations infectieuses qu'on commence en gé-

néral à les voir s'installer. Ces troubles sont au nombre de deux : La tuméfaction et la douleur.

Des deux symptômes la douleur est en général le premier à apparaître.

Ses caractères très particuliers font que ce signe acquiert quand il existe une énorme valeur diagnostique.

Elle siège en effet au niveau même de la collection purulente. C'est donc une douleur localisée que l'on réveille en un point précis du corps utérin.

C'est une douleur fixe, que l'on retrouve toujours au même endroit à chaque examen. Elle a une netteté de plus en plus grande ; elle finit par prendre les caractères de la douleur exquise, excruciante de l'appendicite aiguë.

Déjà Murat avait attiré l'attention sur l'importance de la fixité de cette douleur. M. Chomé insiste également sur la valeur capitale de ce symptôme.

Schwartz, de même dans l'observation qu'il rapportait avait constaté outre les symptômes d'annexite bilatérale, un point douloureux fixe au niveau du fond de l'utérus.

L'intervention lui permettait quelques jours plus tard de constater que ce point douloureux correspondait exactement au siège d'un abcès utérin.

C'est d'ailleurs la constatation de ce symptôme associée à l'absence de manifestations physiques péri-utérines qui permit dans notre observation I de porter le diagnostic d'abcès de l'utérus.

Le deuxième signe important d'abcès utérin, c'est la tuméfaction.

Les Américains déjà avaient insisté avec raison sur la valeur de ce symptôme. C'est ainsi que Noble disait : « Quand l'abcès est unique on peut sentir à la surface de l'utérus une voussure ronde, un peu aplatie, donnant au toucher une sensation analogue à celle d'un fibrome petit et profondément situé, mais plus élastique et à bords moins définis ».

L'importance de ce symptôme est de toute évidence extrêmement grande ; sa constatation impose le diagnostic surtout si elle est douloureuse. Mais son absence est fréquente. En effet un abcès de petit volume donnera rarement une tuméfaction perceptible ; de même un abcès intrapariétal ne s'accompagnera pas d'une voussure palpable.

Pour que ce signe existe avec netteté il faut en effet que l'abcès ait un volume assez important et qu'il s'agisse d'un abcès à développement abdominal. Ces conditions sont, on le conçoit, loin d'être toujours remplies.

D'une façon schématique on peut donc dire que lorsque chez une femme infectée puerpérale on ne trouve à l'examen physique rien de péri-utérin que l'hémoculture est négative et qu'il n'existe rien ailleurs pour expliquer la prolongation d'une température oscillante, il faut penser à la possibilité d'un abcès de l'utérus.

Et pour affirmer celui-ci, chose certes peu commode, on s'appuiera sur l'augmentation de volume de l'utérus, sur l'existence possible d'une tuméfaction localisée et surtout sur la constatation d'un point douloureux, fixe, excruciant, siégeant dans une zone étroite et précise du corps utérin.

FORMES CLINIQUES

A côté de la forme décrite et prise pour type, l'abcès utérin peut revêtir suivant les cas une symptomatologie un peu différente.

Le siège de l'abcès peut en particulier donner à l'affection une allure spéciale.

Au niveau de l'isthme l'abcès en se développant en avant a souvent un rétrécissement vésical. Il peut s'accompagner de dysurie, de douleurs à la miction. Au toucher il constitue, s'il est suffisamment volumineux une masse qui bombe dans le cul-de-sac antérieur.

L'abcès développé au dépens de la face postérieure de l'utérus retentit comme le précédent sur les organes voisins et en particulier sur le rectum. Aussi le voit-on souvent s'accompagner de constipation et de douleurs pénibles à la défécation.

L'abcès sous-muqueux plus rare que l'abcès intra-pariétal et surtout que l'abcès sous-péritonéal s'accompagne de pertes purulentes importantes. Par la saillie qu'il forme à l'intérieur de la cavité utérine, il peut être perçu au toucher intra-utérin. Le pronostic de cet abcès sous-muqueux est meilleur que celui des précédents.

Il tend en effet tout naturellement à se rompre dans la cavité utérine et à se vider à l'extérieur.

L'abcès du col utérin comparé aux précédents est très rare. Les classiques en signalent la possibilité. Personnellement nous n'avons retrouvé aucun abcès du col lié à la puerpéralité.

Les formes latentes constituent enfin parmi la multiplicité des aspects cliniques des abcès utérins un groupe d'une grande fréquence.

Peut-être ces formes diminueront-elles peu à peu d'importance à mesure que l'on connaîtra mieux l'abcès de l'utérus et que l'on interviendra plus rapidement et plus souvent dans les formes sérieuses d'infection puerpérale.

Mais à l'heure actuelle et surtout il y a quelques années, ce groupe constituait un chapitre important dans l'histoire des abcès de l'utérus.

L'abcès n'était très souvent en effet qu'une découverte d'autopsie, ou une découverte d'intervention : C'est ainsi qu'on le retrouvait à l'occasion d'une laparotomie pour péritonite puerpérale dont il avait été parfois le point de départ.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Lorsque l'abcès de l'utérus est abandonné à lui-même, son évolution spontanée c'est dans la majorité des cas l'ouverture.

Ce mode de terminaison peut être favorable s'il s'agit d'un abcès du col ou d'un abcès sous-muqueux. Mais quand il s'agit d'abcès du corps utérin et en particulier d'abcès des cornes à siège sous-péritonéal c'est, on le conçoit, une éventualité des plus fâcheuses.

Le pus envahit la grande cavité péritonéale et c'est alors la péritonite purulente généralisée dont il est inutile de souligner la gravité.

Les cas de mort que l'on relève dans nos observations sont presque tous le fait de cette redoutable complication.

D'autres éventualités sont cependant possibles lorsque l'abcès utérin n'est pas traité à temps.

L'ouverture peut se faire dans un viscère : vessie, rectum, côlon pelvien. Le pronostic n'en est pas moins défavorable malgré l'amélioration passagère qui peut en résulter.

Une suppuration à distance peut s'établir, surtout si

se produisent des embolies septiques parties d'une thrombo-phlébite concomitante.

Dans l'ensemble par conséquent non traité l'abcès utérin conduit à des complications fréquemment mortelles. Le Pr Jeannin parle de 75 % de mortalité lorsque l'abcès est abandonné à lui-même.

Les statistiques de différents auteurs se rapprochent de ce pourcentage ou même le dépassent.

Traité au contraire le pronostic des abcès de l'utérus est bien meilleur, à condition toutefois que le traitement soit institué suffisamment tôt.

Le Pr Jeannin donne cependant pour les cas opérés une assez forte mortalité. Il arrive en effet à 65 % de mort. Viridis est loin de cette proportion. Elle ne serait pour cet auteur que de 17 %.

Mais il faut tenir compte dans ces différences du moment où ont été établies les statistiques. Celle de Viridis est récente. Elle a été faite par conséquent à une époque où l'on pose plus facilement l'indication opératoire.

Personnellement en étudiant nos observations nous trouvons sur 58 cas, 32 guérisons, ce qui donne environ 45 % de mortalité pour l'ensemble des abcès utérins. Mais il est vrai qu'un assez grand nombre de nos observations sont très anciennes.

On doit donc pouvoir actuellement améliorer dans de notables proportions le pronostic des abcès puerpéraux de l'utérus.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des abcès utérins est, sans discussion, un diagnostic très difficile.

La rareté de cette affection, le peu de précision dans sa symptomatologie font qu'il est courant que l'abcès de l'utérus constitue fréquemment une surprise d'intervention.

Mais malgré sa difficulté, on ne peut dire actuellement comme Mercadé ni comme Küss que ce soit un diagnostic impossible à établir.

1. Diagnostic positif

Nous avons vu plus haut les éléments qui permettaient d'y penser.

Au milieu d'un tableau plus ou moins précis, plus ou moins intense d'infection puerpérale il faut soupçonner l'abcès utérin lorsque localement on ne trouve ni phlegmon du ligament large, ni annexite, ni thrombo-phlébite pour expliquer le cortège infectieux ; si l'hémoculture négative a démontré qu'il ne s'agissait pas d'une septicémie et si enfin au toucher combiné au palper on

arrive à mettre en évidence chez la malade dont les troubles se prolongent, un utérus volumineux présentant en une zone précise un point douloureux, net, excruciant, fixe dans le temps et dans son siège ; à plus forte raison bien entendu si l'on sent une tuméfaction utérine présentant les caractères cités plus haut.

2. Diagnostic différentiel

Toutes les autres manifestations de l'infection puerpérale sont capables de simuler l'abcès utérin. Il suffit de parcourir nos observations pour se rendre compte des erreurs que l'on peut commettre.

Septicémie puerpérale, pyélonéphrite, endocardite maligne, fièvre typhoïde ont été discutées en raison du peu de netteté des manifestations locales par certains auteurs.

Pyosalpinx, kyste de l'ovaire suppuré, fibrome infecté furent également incriminés lorsque localement le toucher permettait de percevoir une tuméfaction douloureuse coexistant avec un syndrome infectieux *post partum*.

En fait il est surtout 3 diagnostics qui sont difficiles car leur traduction clinique simule de très près le tableau de l'abcès de l'utérus.

Ce sont :

a) LA PÉRITONITE PUERPÉRALE A SON STADE INITIAL :

Non pas la péritonite septique, car son tableau clinique est tout différent, mais la péritonite purulente dont l'installation est progressive et peu dramatique dans son

début. Mais la péritonite purulente est d'apparition plus précoce en général. La douleur n'est pas strictement localisée à l'utérus, elle est plus diffuse et gagne bientôt la partie haute de l'abdomen ; elle s'accompagne de contracture bien que ce signe soit souvent peu net et tardif dans les péritonites puerpérales.

b) LA MÉTRITE PARENCHYMEUSE SUPPURÉE.

Il s'agit d'ailleurs là plutôt d'un diagnostic anatomique que clinique. L'utérus est pris en totalité alors que l'abcès utérin est localisé.

c) LA THROMBO-PHLEBITE SUPPURÉE ENFIN :

Mais ici la douleur utérine est fixe, excruciante, localisée, manque et il existe toujours de grands frissons du type pseudo-palustre qu'il n'est pas habituel de rencontrer en cas d'abcès utérin.

TRAITEMENT

Si l'on parcourt les observations que nous rapportons et si on lit les travaux antérieurs sur la question qui nous occupe on est un peu étonné de la multiplicité des méthodes thérapeutiques qui ont été préconisées jusqu'alors.

Incision simple avec drainage, hystérectomie subtotale, hystérectomie totale, hystérectomie vaginale, tout a été conseillé.

Sampson par exemple s'est toujours adressé à l'incision pure et simple de l'abcès suivie de drainage et tous ses malades guérissent. Mieux encore une de ses malades eut une nouvelle grossesse et accoucha vingt mois après l'incision de l'abcès.

Barrows, Augustein firent de même. Ce dernier ayant trouvé un abcès du fond, se contenta de curetter les parois de l'abcès et de bourrer la cavité avec de la gaze iodoformée.

Il n'en est pas moins vrai que l'hystérectomie reste l'opération que l'on trouve la plus couramment employée dans les travaux publiés ; avec une préférence pour la voie vaginale chez les uns, mais pour beaucoup avec

une préférence très nette pour la voie abdominale.

Une telle divergence dans les opinions, *a priori* étonnante nous semble en fait très légitime. Une méthode en effet est capable de donner un excellent résultat chez une malade donnée ; elle peut au contraire déterminer des désastres chez une autre. Tout est question de cas d'espèce.

Partant de ces données voici comment il nous paraît logique de concevoir le traitement des abcès utérins :

1° Les abcès du col :

Doivent sans discussion être incisés purement et simplement par la voie vaginale. C'est la méthode qu'Ahsford utilisa chez une de ses malades qui présentait un abcès de la lèvre postérieure du col après tentative d'avortement criminel.

2° Les abcès sous-muqueux :

Nous paraissent justiciables eux aussi d'une thérapeutique aussi banale.

Le col étant dilaté préalablement à l'aide des bougies ou après mise en place pendant vingt-quatre heures d'une laminaire, l'abcès est incisé par les voies naturelles. Un drain ou une mèche sont ensuite laissés dans la cavité cervicale pour faciliter le drainage.

La malade de Mercadé fut ainsi traitée. Il ne s'agissait pas d'un abcès puerpéral, mais la même méthode nous paraît légitime si la puerpéralité est à l'origine de l'abcès.

3° Les abcès du corps interstitiels ou sous-séreux :

Ont par contre des indications beaucoup moins faciles à poser. Ici tout nous paraît être une question d'espèce.

Pour eux schématiquement deux techniques s'opposent :

a) Enlever par voie vaginale l'utérus malade ;

b) Faire une laparotomie médiane sous-ombilicale et suivant l'état des lésions recourir soit à une simple incision, soit à une hystérectomie subtotalaire, soit à une totale.

a) LA VOIE VAGINALE est pour beaucoup l'idéal. C'est l'opération qui fut employée par Madlener, Turenne, Stinson, J.-L. Faure, etc...

On lit même dans les traités classiques que l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix quand on veut enlever un utérus infecté.

Doit-on admettre cette opinion dans le cas particulier qui nous occupe. Autrement dit peut-on s'adresser à l'hystérectomie vaginale pour traiter les abcès utérins ? Nous ne le pensons pas et cela pour les raisons suivantes :

Pratiquer une vaginale pour enlever un utérus abcédé c'est en effet nous semble-t-il courir au devant de grosses difficultés et de sérieux ennuis.

L'utérus en effet est toujours un utérus volumineux, ce qui constituerait déjà une contre-indication importante à la voie vaginale. Mais c'est surtout un utérus d'une extrême friabilité sur lequel toute traction déchire même en ne se servant pas de pinces de Museux.

C'est en outre une méthode aveugle qui ne permet pas de faire le bilan exact des lésions qui peuvent exister.

Enfin et surtout c'est une méthode dangereuse. Les pédicules sont parfois d'une telle friabilité qu'on ne peut assurer une hémostase correcte. De plus l'épiploon et surtout l'intestin ont pu venir se coller sur l'utérus malade. On peut donc aisément au cours de l'opération déterminer de gros dégâts. Enfin, surtout s'il existe un abcès superficiel on risque fort au cours des manœuvres d'abaissement de l'utérus de l'ouvrir et d'ensemencer la cavité péritonéale.

Si dans notre observation I l'hystérectomie vaginale avait été tentée il est très probable que l'on aurait eu des accidents sérieux. La collection développée en avant entre la vessie et l'isthme utérin eut été fatalement ouverte au moment du décollement vésical.

Il nous paraît donc que la vaginale, malgré ses qualités indéniables, ne puisse trouver ici d'indications sérieuses. A notre avis c'est une opération qu'il faut rejeter de parti pris comme traitement des abcès du corps utérin.

b) LA LAPAROTOMIE MÉDIANE SOUS-OMBILICALE constitue par conséquent la méthode à laquelle il est logique de toujours recourir.

Elle seule permet de voir exactement la nature des lésions et leur importance. Grâce à elle on peut établir un bilan précis. On peut se rendre compte si l'abcès est unique ou s'il s'agit d'abcès multiples ; si les trompes sont saines ou malades, si le paramètre et les vei-

nes du petit bassin sont indemnes ou également envahies par l'infection.

C'est donc la seule méthode qui pourra permettre de s'adresser suivant les cas à telle ou telle thérapeutique, c'est-à-dire de recourir :

— soit à la méthode conservatrice : Incision simple de l'abcès suivie de drainage ;

— soit d'utiliser une méthode radicale : L'hystérectomie.

LA MÉTHODE CONSERVATRICE n'a d'ailleurs que des indications très limitées. Elle ne doit constituer qu'une méthode d'exception. Elle ne peut s'adresser en effet qu'aux abcès uniques et encore à certaines conditions. Pour l'utiliser il faut :

— que l'abcès soit bien collecté, que ce soit un abcès d'apparition tardive, à évolution subaiguë, traduisant une infection déjà stabilisée ;

— que l'on ait la certitude absolue qu'il n'existe pas d'autres abcès dans le parenchyme utérin ;

— qu'il y ait intégrité des annexes, des veines et du paramètre ;

— que la femme ne soit pas d'un âge trop avancé ;

— enfin il faut pouvoir exercer une surveillance étroite de la malade une fois l'opération terminée.

Cette méthode présente en effet des avantages, mais aussi des inconvénients qu'il ne faut pas se dissimuler.

L'incision simple permet de conserver l'utérus et les annexes, ce qui est évidemment une chose considérable. Elle permet par cela même, dans une certaine mesure tout au moins, d'espérer ultérieurement une autre gros-

sesse. Ce fut le cas de la malade de Sampson où l'incision de l'abcès fut suivie quelques mois plus tard d'une autre grossesse dont la terminaison eut lieu sans incident.

Mais à ce propos une question doit se poser. La plaie utérine créée par l'incision donne lieu à une cicatrice qui n'a peut-être pas une grande solidité et qui risque de se rompre lors d'une nouvelle grossesse comme cela se voit parfois après césarienne haute.

La solidité d'une telle cicatrice ne doit pas en effet être bien parfaite, moins parfaite même que la cicatrice de l'hystérotomie puisqu'elle ne s'est pas faite par première intention. Mais il est vrai de dire que cette cicatrice n'intéresse qu'une petite surface du corps utérin et surtout qu'elle ne porte pas sur toute l'épaisseur du muscle contrairement à ce qui se passe pour la césarienne.

Tout de même il doit y avoir là un danger qu'il est bon de connaître. Actuellement il est cependant difficile d'en juger l'importance faute d'observations précises.

Quoi qu'il en soit, si l'on s'est décidé pour l'incision simple de l'abcès avec conservation de l'utérus, on emploiera la technique suivante :

— incision banale après mise en place de champs protecteurs. Curettage des parois de l'abcès à l'aide d'une curette mousse et méchage de la cavité. L'intervention terminée la paroi est refermée partiellement ; les mèches sont laissées en place une dizaine de jours ;

— on pourra aussi utiliser la technique préconisée par Sampson : Après laparotomie, une deuxième inci-

sion est faite au-dessus de la partie moyenne de l'arcade de Fallope ; et par l'intermédiaire du ligament rond la corne utérine est attirée au niveau de la plaie où l'abcès est incisé hors du péritoine.

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE n'en reste pas moins le mode de traitement qui convient le plus fréquemment, c'est à elle qu'il faudra avoir recours en général.

Schématiquement ses indications peuvent être posées de la façon suivante :

— utérus avec abcès multiples. L'utérus dans ce cas est devenu un organe de mauvaise qualité, il ne sera jamais plus d'aucune utilité et le laisser expose la malade à de sérieuses complications. Son ablation s'impose donc sans discussion ;

— utérus avec abcès unique si l'infection n'est pas stabilisée, mais est en pleine évolution, si les trompes sont malades, s'il existe en même temps des lésions de thrombo-phlébite ou un abcès du ligament large.

Les indications de l'hystérectomie posées doit-on s'adresser à la subtotalé ou à la totale ?

Sans vouloir discuter ici les mérites et les avantages de l'une ou de l'autre, il nous semble que la totale ne peut avoir dans le traitement des abcès de l'utérus que des indications restreintes.

Malgré son avantage de permettre le drainage par le bas, c'est-à-dire au point déclive, ce qui est d'ailleurs chose possible sur un utérus puerpéral après une subtotalé, la totale constitue de l'avis de la majorité des chirurgiens, une opération plus longue, plus shokante, plus meurtrière que la subtotalé. Or les femmes

atteintes d'abcès utérins sont toujours des malades fatiguées, anémiées, peu résistantes.

A notre avis on ne la fera que dans des cas très rares : S'il existe par exemple un abcès bas situé au niveau de l'isthme ou si la friabilité de l'utérus permet sans difficulté d'enlever le col comme cela eut lieu dans notre observation I.

Dans tous les autres cas c'est à la subtotale qu'il faut s'adresser.

Sa technique n'aura ici aucune particularité appréciable. On fera bien cependant, en raison de la friabilité utérine et en raison du danger d'ouverture d'un abcès du fond, de ne pas placer de pince de Museux sur le fond et de se servir comme tracteur uniquement des pinces mises sur les pédicules utéro-ovariens et sur les ligaments ronds.

L'utérus enlevé on établira en outre un large drainage. Un drain sera passé par l'orifice cervical. Au-dessus de lui un Mickulicz isolera tout le petit bassin de la cavité abdominale.

A ce prix, l'hystérectomie abdominale donnera des résultats appréciables surtout si elle a été faite suffisamment tôt.

4° Abcès utérin compliqué de péritonite généralisée :

Si l'infection a dépassé la barrière utérine et que c'est en pleine péritonite généralisée que l'on est amené à opérer, comment devra-t-on conduire l'intervention ?

En lisant nos observations on s'aperçoit que les techniques mises en œuvre ont loin d'avoir été toujours semblables.

Certains auteurs se sont contenté d'établir un large drainage et d'isoler le petit bassin de la cavité abdominale après avoir asséché celle ci aussi complètement qu'il était possible. D'autres ont cru indispensable d'enlever le foyer causal, c'est-à-dire de commencer par faire une hystérectomie comme ils auraient fait une appendicectomie en cas de péritonite appendiculaire.

A notre avis si la péritonite est déjà avancée il faut sans aucun doute se contenter d'une thérapeutique a minima. L'état de la malade est trop sérieux pour qu'on puisse se permettre de faire à ce stade une hystérectomie même très rapide. On épongera soigneusement et l'on videra le pus épanché et on placera tout simplement un Mickulicz dans le Douglas.

M. Chomé recommande pour les péritonites puerpérales la technique suivante qui nous semble l'idéal : Drain dans le Douglas ou mieux encore drain en T après avoir effondré le Douglas et deux drains dans les espaces pariéto-coliques.

En somme pour les abcès du corps utérin on peut schématiser la conduite à tenir de la façon suivante :

— jamais d'hystérectomie vaginale. C'est pour cette variété d'infection puerpérale une opération dangereuse et difficile.

— toujours laparotomie sous-ombilicale suivie :

— Quelquefois mais très rarement d'une incision simple avec drainage de l'abcès ;

— en général hystérectomie subtotale avec Mickulicz, sauf si la friabilité de l'utérus permet sans difficulté de faire une totale.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Abcès de l'utérus post-partum. Hystérectomie totale.*
Guérison (observation inédite. Dr Louis Bazy, mars 1931).

Mme D..., 22 ans, entre à l'hôpital St-Louis le 14 février 1931 envoyée par un médecin avec le diagnostic de phlegmon du ligament large.

Antécédents : Accouchement le 16 janvier 1931 à la maternité de l'Hôtel-Dieu. Primipare, travail très normal, durée : 6 heures. Rupture des membranes à dilatation complète. Accouchement spontané d'un enfant vivant. Délivrance normale. Cependant rétention partielle des membranes.

Suites de couches pathologiques : 3 jours après l'accouchement, température à 40 sans apparition d'autres troubles. Persistance de la température les jours suivants entre 38 et 40. Le 9^e jour 41^e et frisson. Le 10^e jour hémorragie assez importante. La malade commence à souffrir du ventre.

Thérapeutique appliquée à cette période : Une mèche intra-utérine de bouillie lactique renouvelée à 4 reprises, une piqûre de sulfarsénol, 5 piqûres de 1 cm³ de vaccin antipyogène.

La malade malgré son état sort sur sa demande de l'Hôtel-Dieu.

A domicile elle est soignée par son médecin qui la suit plusieurs jours et finalement l'envoie à St-Louis où elle entre

le 14 février avec le diagnostic de phlegmon du ligament large.

— A son arrivée à l'hôpital St-Louis le 14 février : Température à 39, malade fatiguée, mais dont l'état général n'est pas mauvais. A l'examen : Utérus encore gros, un peu douloureux, mais mobile. Col fermé, culs-de-sacs absolument libres.

On élimine le diagnostic de phlegmon du ligament large. Comme les urines contiennent du pus on pense qu'il s'agit peut-être simplement d'une pyélo-néphrite. Le traitement suivant est appliqué : Glace sur le ventre, urotropine, vaccination par l'endococcine (4 piqûres).

— Les jours suivants : malgré le traitement, persistance de la température qui oscille autour de 39.

— Le 4 mars : température toujours autour de 39. A l'examen : utérus encore gros et un peu douloureux. Col fermé. Culs de-sacs souples et non douloureux.

On pense à la possibilité d'une rétention placentaire partielle malgré l'absence de toute perte. Mise en place à l'intérieur du col d'une laminaire de petit calibre dans le simple but de drainer l'utérus. Il ne se produit ni écoulement sanglant, ni écoulement purulent.

Les jours suivants température persistante autour de 39. L'état général décline, un peu de prostration s'installe. Un séro-diagnostic est fait pour éliminer une fièvre typhoïde possible. Il est négatif. De même l'examen du cœur ne permet d'entendre aucun souffle pouvant faire penser à une endocardite maligne.

— Le 10 mars 1931 : curettage explorateur prudent après dilatation du col à l'aide d'une laminaire mise en place la veille. Le curettage ne ramène aucun débris placentaire.

Après le curettage la température monte à 40. La malade est laissée en observation quelques jours encore.

— Le 13 mars, examen : Culs de-sacs libres sauf l'antérieur qui est douloureux, mais on ne sent pas d'empâtement ma-

nifeste. L'utérus est nettement plus gros que le jour de l'entrée. Il atteint le volume d'un gros poing. Son examen est très facile étant donné l'état de maigreur de la malade. Cet utérus est en outre douloureux. Le toucher et le palper combinés permettent de réveiller au niveau du corps utérin une douleur vive, excruciante.

On pense à la possibilité d'un abcès de l'utérus. L'intervention est décidée sur ce diagnostic.

— Le 14 mars : *Intervention* (Dr Louis Bazy, Avril Interne).

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le cæcum et la vessie sont collés sur l'utérus. Le fond du Douglas est rouge vineux, de même que la face antérieure du rectum, annexes saines.

Séparation de l'utérus et de la vessie sans difficulté. On trouve là une collection purulente (petite mandarine) qui provient comme on s'en rend compte après nettoyage, d'un abcès de l'utérus développé à l'union de l'isthme et du corps.

On décide alors de pratiquer une hystérectomie, mais l'utérus est tellement mou qu'on ne place pas de pince de Museux sur son fond. On se sert pour faire la traction des pinces mises sur les pédicules latéraux.

L'hystérectomie totale est très facile. Suture hémostatique de la tranche vaginale. Drainage vaginal. Mickulicz. Fermeture partielle de la paroi en un plan aux fils de bronze.

— *Examen de la pièce* : Utérus gros. Annexes saines.

On fend l'utérus du col vers le fond. La cavité utérine est absolument intacte. La paroi utérine par contre est farcie d'abcès dont 3 volumineux développés vers la séreuse.

L'un antérieur, le plus gros à l'union du corps et de l'isthme, C'est celui qui s'était ouvert entre vessie et utérus.

Un second en plein au niveau de la face antérieure, encore intra-pariétal.

Un troisième enfin au niveau du fond.

— *Examen histologique* : Inflammation aiguë avec nécrose et abcès des parois de l'utérus.

— *Examen bactériologique* du pus prélevé : streptocoques.

— Suites opératoires : Persistance de la température durant 2 jours après l'opération. Le 16 mars parotidite bilatérale qui guérit sans suppuration.

Suites normales au point de vue opératoire, mais le 22 mars diphtérie suivie d'accidents sériques importants de sorte que la malade reste hospitalisée jusqu'au 7 mai 1931, date où elle sort guérie de l'hôpital.

Obs. II. — *Abcès de l'utérus post-abortionum. Hystérectomie subtotale. Mort.*

(J. Poulain, *Gazette médicale de Picardie*, n° 93, mars 1931).

Femme 43 ans, déjà mère de 2 enfants se trouve enceinte en juin 1930.

— Le 16 juin 1930 : avortement, expulsion d'un fœtus de 4 mois environ.

— Le lendemain petite réaction fébrile pour laquelle un curetage évacuateur est pratiqué. Suites fébriles avec exaspération vespérale, ceci durant au moins 3 semaines.

— Le 14 juillet : métrorragie assez importante.

— Le 22 juillet : nouvelle poussée de fièvre accompagnée de douleurs vives dans le bas ventre.

— Le 1^{er} août survient un petit écoulement sanguin. Le 4 cet écoulement devient très abondant. L'anémie devient profonde (glace, ergotine). Le médecin traitant est à ce moment frappé par l'augmentation considérable du volume de l'utérus qui remonte au-dessus de l'ombilic. En même temps chaque soir température à 39 et pouls à 120.

— Le 8 août : la malade est vue par le Dr Poulain.

Par le palper et le toucher combinés on sent un utérus uniformément hypertrophié, dont le fond s'élève jusqu'à l'ombilic. Il n'existe aucune lésion annexielle. Le col est largement ouvert et le doigt introduit dans la cavité utérine sent quelque chose qui tombe au niveau de la paroi postérieure de l'utérus.

Examen des urines : glycosurie à 11 grammes.

Le diagnostic porté est celui de fibrome de la paroi postérieure de l'utérus en voie de dégénérescence. Intervention décidée ; mais vu le mauvais état général de la malade elle reçoit au préalable 2 injections de tétravaccin de Pasteur et 2 injections de sérum physiologique.

— Le 12 août 1930 : *Intervention* sous anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane : Une masse volumineuse formée aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus apparaît. Celle-ci est fortement développée et comme souflée car le fond de l'utérus se voit très nettement, ne dépassant que de très peu la symphyse pubienne.

Cette masse est tout à fait et nettement fluctuante. L'utérus est extériorisé. Entre la paroi postérieure de la masse utérine et la terminaison de l'anse sigmoïde existe une adhérence très solide que l'on doit sectionner aux ciseaux.

Hystérectomie subtotal. Péritonisation. Fermeture complète.

— *Examen de la pièce* : La paroi postérieure de l'utérus contient une poche volumineuse intra-parenchymateuse renfermant environ 1 litre de pus extrêmement fétide. En aucun point cette poche ne communique avec la cavité utérine et la section de l'utérus ayant porté plus bas, elle n'a pas été entamée au cours de l'intervention.

— Le lendemain 13 août : La malade reçoit 15 unités d'insuline.

— Le 14 août, sans avoir présenté aucun signe de péritonite mort probablement par défaillance cardiaque.

Obs. III. — *Abcès de l'utérus post-partum. Péritonite généralisée. Hystérectomie totale. Mort.* (Dr Wilmoth, Gyn. et obst., mars 1929).

Femme de 19 ans admise d'urgence à la Pitié (salle Lisfranc)

dans l'après-midi du 12 novembre 1928, présentant tous les symptômes d'une péritonite généralisée.

Accouchement normal 20 jours auparavant à la clinique Tarnier. A son retour chez elle 12 jours après l'accouchement elle reprend ses occupations, mais au bout de 4 jours elle se sent fatiguée, s'alite et fait venir un médecin. La constipation paraissant seulement en cause, une première purge est administrée sans succès puis une deuxième, puis des lavements.

A son arrivée à la Pitié le 12 novembre c'est à-dire 4 jours après le début de ses troubles, la malade présente un facies péritonéal typique; le ventre est météorisé, sensible à la palpation légère; la matité préhépatique a disparu; pas de matité à l'hypogastre; temp.: 39, pouls misérable à 140, langue sèche.

Le toucher vaginal relève seulement une sensibilité très accusée des culs-de-sacs. Le palper abdomino vaginal est impossible. Malgré l'état désespéré de la malade l'intervention est décidée après avoir posé le diagnostic de péritonite généralisée, probablement par rupture d'un pyosalpinx.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine du pus sous pression, fétide, vert, presque lié, s'échappe. Les anses intestinales distendues, rouges, sont couvertes de fausses membranes. Il n'y a pas de trace de cloisonnement. Il s'agit bien d'une péritonite généralisée. L'appendice n'est certainement pas en cause.

La valve de Doyen étant mise, on constate que l'utérus est gros (comme un utérus gravide de 2 mois). Du pus s'écoule semble-t-il, de l'origine de la trompe gauche. Rapidement on fait une hystérectomie totale. Un drain est poussé par le vagin. Le petit bassin est isolé par un sac de Mickulicz et la paroi fermée en 1 plan par 3 fils de bronze.

Mais l'état général de la malade était si mauvais qu'elle succombe 10 heures après l'intervention.

Examen de la pièce : En fendant l'utérus sur la ligne médiane par sa face antérieure, on trouve dans la cavité utérine deux longs caillots mouillés sur elle, de couleur rouge foncée, très adhérents à la muqueuse. En poursuivant la section vers le fond de l'utérus en direction de la trompe gauche, on ouvre un abcès développé dans le muscle utérin à 3 cm. de l'origine de la trompe contenant du pus bien lié, vert et s'ouvrant sur le fond utérin. Les dimensions de la cavité de l'abcès excèdent celles d'une grosse noisette. Les trompes sont œdématisées et rouges, mais il n'existe ni à droite, ni à gauche du pyosalpinx.

Obs. IV. — *Abcès de l'utérus post-partum. Hystérectomie sub-totale. Guérison* (M. Haller. *Bull. et Mém. de la Société des Chirurgiens de Paris*, 1929, t. XXI, p. 276).

Mme F..., 21 ans, vue par le Dr Haller le 2 juillet 1928. Accouchement normal 6 semaines auparavant chez une sage-femme. Ni application de forceps, ni délivrance artificielle.

— Le 4^e jour fièvre et plusieurs frissons. La sage femme appelle un accoucheur qui sans traitement local prescrit des piqûres de stock-vaccin (4 piqûres).

— Les jours suivants, les choses semblent s'arranger. La malade se lève et reprend ses occupations, mais elle souffre cependant beaucoup dans le bas-ventre et présente des pertes abondantes et fétides. En raison des douleurs qui vont en augmentant, des pertes et de la fièvre qui de nouveau s'installe, elle doit s'aliter. Elle est vue par un médecin : La température oscille autour de 39. Au toucher le médecin croit sentir une masse dans le Douglas. La malade est mise au lit, glace sur le ventre, injections chaudes et lavements. Malgré ce traitement après une dizaine de jours d'observation, la température et les douleurs persistent. Le Dr Haller est appelé en consultation pour prendre une décision au point de vue d'une intervention chirurgicale.

A l'examen : Malade au faciès fatigué, traits tirés température presque constante à 39 depuis une dizaine de jours. Pouls bien frappé autour de 100. Douleurs continuelles dans le bas-ventre avec des moments d'exacerbation survenant plusieurs fois dans les 24 heures ; dysurie.

A la palpation abdominale : Défense très nette au niveau de l'hypogastre et de la partie basse de la fosse iliaque droite.

Au toucher combiné au palper : Utérus très augmenté de volume (volume d'un utérus gravide de 2 mois), mou, excessivement douloureux sur toute sa moitié droite, mais plus particulièrement au niveau de la corne droite. Les douleurs sont très vives au toucher et obligent à interrompre l'examen. Le col augmenté de volume, mou, est entr'ouvert. La sensibilité est moindre à gauche et il semble qu'on sente une masse indépendante de l'utérus, filant vers le Douglas.

Transfert de la malade en maison de santé et pendant 3 jours observation et traitement par bains vaginaux. La température persistant et surtout les douleurs devenant de plus en plus aiguës, l'intervention est décidée.

Intervention, le 5 juillet 1928 : Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, on tombe sur l'épiploon qui adhère dans le bassin au niveau de la moitié droite du fond de l'utérus où vient également adhérer intimement le cæcum. Section de l'épiploon, décollement du cæcum et de l'épiploon au niveau de leur adhérence utérine. Du pus inodore sourd du fond de l'utérus. Détersion. Le fond de l'utérus présente sur sa moitié droite une perforation ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc entouré d'une zone d'aspect violacé dont les dimensions sont celles d'une pièce de 5 francs.

Du pus s'écoule par la perforation, pus venant d'un énorme abcès occupant la moitié droite de l'organe qui dans son ensemble est augmenté de volume, est rouge, congestionné, mou et très friable.

L'aspiration du pus ne vide pas l'abcès qui ainsi qu'on le verra plus loin ne formait pas une cavité unique. Il y avait une véritable éponge purulente. L'utérus est tellement friable que la moindre prise avec une pince à plateau au niveau du bord gauche pour le soulever et le maintenir, avec l'idée de faire une opération conservatrice, le déchire.

Il existe une double annexite. Les 2 trompes sont fermées et pleines de liquide.

Le cæcum libéré et écarté en haut laisse voir près du fond une surface dénudée de 3 cm. de haut sur 2 cm. de large. L'appendice vascularisé, congestionné, venait par sa pointe adhérer au niveau de la perforation utérine.

Hystérectomie subtotal, appendicectomie. Péritonisation de la surface dénudée du cæcum ; Mickulicz.

Suites opératoires normales. Cicatrisation en 5 semaines. Revue en excellent état après.

Examen de la pièce. — Utérus augmenté de volume, mou, friable. Si l'on examine le fond de l'organe on remarque sur les 2/3 droits une zone violacée dont la limite est dans son ensemble presque circulaire et qui présente vers la corne droite une perforation à bords déchiquetés, irréguliers, cette perforation grande comme une pièce de 1 franc laisse sourdre du pus par pression de l'organe. Examiné par sa face antérieure l'utérus porte dans l'épaisseur de sa paroi antérieure un abcès ayant la grosseur d'une orange s'étant développé dans sa moitié droite. La cavité utérine se trouve en effet très déjetée à gauche ; les 4/5 de la paroi antérieure sont occupés par l'abcès qui en hauteur va depuis le fond de l'organe jusqu'à environ 1 cm. de la section du col. La cavité utérine est séparée de l'abcès par une bande de tissu de 1/2 cm. d'épaisseur. Il n'existe aucune perforation du côté de la muqueuse qui est rouge, congestionnée. Du tissu scléro-musculaire la sépare de l'abcès. Celui-ci incisé permet de reconnaître qu'il s'agit d'un abcès spongieux, aréolaire. La meilleure comparaison est celle d'une éponge de pus.

Malheureusement le pus n'a pas été prélevé, de sorte que la nature microbienne nous a échappé.

— Annexes : Double annexite purulente ;

— Appendice : Lésions séreuses, sans lésion muqueuse macroscopique ;

— *Examen histologique* (Dr Buliard, chef de laboratoire à l'hôpital Broca).

Examen d'un fragment intéressant la cavité de l'abcès : A la coupe, cavité anfractueuse, à contenu purulent, tapissé par une paroi enflammée et renfermant dans son épaisseur des micro abcès à contenu également purulent. L'inflammation est aiguë. Il y a de nombreux polynucléaires intra et extra-vasculaires ainsi que des plasmazellen à 1 ou 2 noyaux. Par endroits on voit des aspects de bourgeon charnu, quelques artérioles se trouvent disséquées et isolées au milieu du processus inflammatoire. Plus en dehors on rencontre la paroi musculaire de l'utérus avec une certaine réaction fibreuse. Aucun élément épithélial ou glandulaire permettant de supposer une invagination ou une ectopie glandulaire.

Conclusion : Suppuration aiguë intra-musculaire de l'utérus.

Obs. V. — *Abcès utérin post-abortionum. Résection de la corne utérine, Guérison* (obs. citée in diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène, par Moulonguet et Dobkevitch, p. 149).

Malade ayant subi un curage utérin pour fausse-couche. Infection. Temp. à 40 après le curage. Un mois après, existence d'une masse grosse comme une orange dans le cul-de-sac antéro latéral gauche, masse adjacente à l'utérus et douloureuse au toucher. Diagnostic : Pyosalpinx.

A l'intervention : abcès de la corne utérine gauche auquel adhérerait l'épiploon. Résection de la corne suivie de suture. Guérison.

Obs. VI. — *Abcès utérin post-partum perforé dans le péritoine. Hystérectomie. Guérison* (Dr Kessler. Hôpital d'Haguenau. obs. in thèse Hauptmann).

Troisième pare. Accouchement normal le 12 juillet 1928. Aucun traumatisme obstétrical. Dans les suites de couches rien de particulier durant les 6 premiers jours. Le 7^e jour temp. à 40. Pas de douleurs abdominales, mais miction très pénible. Chute de la température les jours suivants. Le 1^{er} août, la malade se lève, mais est encore très fatiguée.

— Le 6 août elle doit s'aliter à nouveau, souffrant du ventre et présentant une petite métrorragie ;

Le 10 août douleurs sourdes dans le bas-ventre. Métrorragie. Dans l'après-midi de ce jour elle souffre toujours, perd un peu de sang et a envie de vomir. Le soir, subitement, forte douleur abdominale, vomissements. Le médecin traitant l'envoie d'urgence à l'hôpital. C'est le 23^e jour des suites de couches.

— Examen à l'entrée : Femme pâle, fatiguée, temp. 39,9, pouls 130. Le ventre est très ballonné, très sensible à la palpation surtout dans les 2 fosses iliaques et dans la région sous-ombilicale. Le toucher est très douloureux, surtout à droite. On pense à un pyosalpinx rompu dans le péritoine libre.

L'intervention est temporisée en raison de l'extrême altération de l'état général : tonicardiaques, sérum. L'intervention est faite dans la nuit (Dr Kessler, Hauptmann).

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine s'échappe un flot de pus, jaunâtre, bien lié, inodore, dans lequel l'examen bactériologique fait ultérieurement montra la présence de nombreux streptocoques hémolytiques. L'utérus est augmenté de volume. Vers la région de la corne droite et sur la face postérieure se trouve une voussure grosse comme une mandarine. Sur sa face supérieure et externe existe un orifice à bords déchiquetés par lequel

s'écoule du pus épais. Annexes peu malades à droite, indemnes à gauche.

— Hystérectomie subtotal. Les ovaires sont laissés en place ainsi qu'un assez grand moignon utérin. Péritonisation, Mickulicz. Suture partielle de la paroi.

Amélioration les jours suivants. Guérison. Sortie le 24 décembre.

— Examen de la pièce : gros utérus 13-12. La pression exercée sur la voussure fait sourdre un pus verdâtre assez épais par l'orifice de perforation. La trompe droite présente un petit pyosalpinx nettement caractérisé. La trompe gauche est œdématisée dans son ensemble. La coupe dans le sens antéro-postérieur montre l'existence d'un gros abcès solitaire de la paroi postéro-supérieur de l'utérus communiquant avec l'extérieur par une perforation d'un diamètre de 1 à 2 cm.

Macroscopiquement aucune communication entre l'abcès et la cavité utérine.

Songeant à la possibilité d'un petit fibrome ramolli, infecté secondairement, on fait pratiquer un examen histologique. Cet examen ne montre aucun trace de myome.

Obs. VII. — *Abcès multiples de l'utérus après avortement criminel. Péritonite généralisée. Laparotomie. Drainage. Mort* (Pr Reeb, obs in thèse de Hauptmann).

Grossesse de 4 mois. Avortement provoqué criminel le 2 juin (injection intra-utérine de vinaigre à l'aide d'une canule pointue en métal). Expulsion le lendemain du fœtus. Délivrance très incomplète. Malgré cela la malade vaque à ses occupations. Le 5 juin, frisson, fièvre.

Le 6 juin, température, douleurs violentes dans le bas-ventre, ni gaz, ni selles. Le 7, aggravation considérable de l'état général : vomissements, arrêt des matières et des gaz.

La malade est envoyée à l'hôpital où on pose le diagnostic de péritonite généralisée. L'intervention est aussitôt décidée.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pus dans le péri-

toine en assez grande quantité. L'utérus est de la grosseur d'un gros poing. Il présente sur la face postérieure au niveau du $\frac{1}{3}$ supérieur du corps un abcès fluctuant en voie de perforation dont la couleur vert clair tranche nettement sur le fond rouge sombre de l'organe. Annexes saines. L'infection étant trop avancée, on abandonne l'idée de faire une hystérectomie. On se borne à lavage à l'éther, drainage de la cavité. Mort le lendemain.

— A l'autopsie : Utérus présentant 3 grands abcès nettement fluctuants, dont le plus grand a 4 centimètres de diamètre. La cavité utérine présente une masse noirâtre spongieuse (placenta imbibé de sang).

— Examen histologique de la pièce : Il s'agit d'abcès multiples de l'utérus. Le plus grand a la taille d'une petite pêche et se trouve sur la face postérieure près du fond, trois autres abcès plus petits sont sur la paroi postérieure enfin sur chaque corne utérine il y a un abcès à l'endroit où convergent les lymphatiques du corps et du fond. Tous ces abcès se trouvent dans le réseau lymphatique sous-séreux. Sur des coupes transversales, la paroi postérieure où siégeait le placenta apparaît criblée de petits abcès miliaires. Les canaux lymphatiques qui conduisent au paramètre sont remplis de pus et dans le paramètre on trouve également de nombreux petit abcès.

Obs. VIII. — *Abcès solitaire de l'utérus après avortement. Pas d'intervention. Mort* (P^r Reeb, in thèse de Hauptmann).

Malade amenée à l'hôpital de Strasbourg le 13 juin 1918. Un accouchement normal en 1915. Actuellement, 2^e grossesse de 3 mois environ. Avortement à domicile quelques jours avant l'entrée qui est motivée par l'apparition des signes d'infection : température, frissons. L'utérus est gros comme le poing et mou.

L'état général s'altère de plus en plus. apparition de subictère le 18 juin. Mort le 20 juin.

A l'autopsie. Utérus gros. Pas de débris ovulaires dans la cavité. Au niveau de la partie postérieure du corps utérin existe un trou de dimension d'une pièce de 50 centimes. Le trou conduit dans une cavité purulente de la grosseur d'une noix. C'est l'abcès utérin qui est solitaire et remonte jusqu'au fond.

Obs. IX : *Abcès multiples de l'utérus après accouchement au forceps. Drainage par voie vaginale. Mort* (Prof. Reeb. obs. in thèse Haubtmann).

Accouchement le 5 janvier 1920. travail long (28 heures). Infection amniotique. Souffrance fœtale. Nécessité d'application du forceps. Episiotomie. Délivrance naturelle complète.

Suites de couches : Le 8 juin frisson, température monte à 41. Pas de ballonnement du ventre. Electrargol intra veineux.

Les jours suivants les frissons se répètent, la température persiste autour de 40. L'utérus est bien rétracté, pas sensible à la pression. Lochies peu abondantes, mais malodorantes.

Le 20 janvier on remarque à droite de l'utérus une infiltration diffuse. Depuis 5 jours plus de frisson. Meilleur aspect. L'infiltration à droite dépasse l'utérus en hauteur et arrive jusqu'à l'épine iliaque. Très sensible, mais pas de fluctuation.

Le 24 : Sensation de fluctuation vague. Œdème des parois vaginales et des grandes lèvres, mais pas de voussure du cul-de sac postérieur.

Le 27 : Incision par voie vaginale. Collection de pus évacuée.

Les jours suivants : Aggravation. Mort le 3 février 1920.

A l'autopsie : Abcès utérins du côté droit, l'un de la grosseur d'une noix, dans la substance utérine très près de l'angle tubaire, l'autre un peu plus en avant perforé dans la

cavité péritonéale et ayant déterminé une péritonite locale. Un 3^e au sommet a provoqué par sa rupture un accollement des anses intestinales.

Thrombo-phlébite purulente côté droit. Mort parembolie.

Obs. X : *Abcès multiples de l'utérus après avortement. Mort.*
(Prof. Reeb. Obs. in thèse Hauptmann).

Malade amenée à la clinique le 10 mars 1922. Quatre accouchements antérieurs à terme, sans incident.

Enceinte de 2 mois environ. Avortement criminel le 4 mars. Nécessité d'un curettage le 7 mars. Le 10 elle entre à la clinique avec des signes graves d'infection. Au toucher gros utérus mobile. Col entr'ouvert.

Mort le 11 mars.

A l'autopsie : Gros utérus, cavité sanieuse à odeur gangreneuse. Sur la face antérieure de l'isthme gros abcès communiquant largement avec la cavité utérine.

Obs. XI : *Abcès de l'utérus post partum. Hystérectomie. Mort.*
(Dr Chomé).

Madame D., secondipare A eu ses dernières règles en mai 1926. Accouchement le 31 janvier à domicile. Accouchement normal et assez rapide (3 heures). Délivrance naturelle et complète suivie d'une petite hémorragie.

Suites de couches : les 2 premiers jours la température oscille entre 37 et 37,8. La femme se sent bien.

Le 3^e jour frisson, douleurs lombaires et abdominales, température à 39,5 le soir.

Le 4^e jour elle est admise dans le service de l'isolement de la Maternité de la Pitié.

Etat général mauvais, facies profondément altéré. Localement la femme accuse de violentes douleurs abdominales. Le ventre est ballonné, l'utérus est volumineux, on remarque une nodosité douloureuse à sa surface.

Laparotomie. On découvre un abcès de l'utérus de la

grosseur d'une noisette. Cet abcès est ponctionné. La ponction ramène du pus.

Hystérectomie subtotale. Mickulicz. Fermeture en un plan.

Une hémoculture pratiquée au moment de l'intervention décèle la présence du streptocoque en association avec du perfringers.

Suites opératoires. Etat général mauvais, accélération progressive du pouls. Mort le 4^e jour.

Examen des pièces : A la coupe l'utérus contient des micro-abcès, il existe des trainées de lymphangite utérine bilatérale.

Obs. XII. — *Rétention cotylédonnaire post-partum Infection et hémorragies utérines. Extraction du cotylédon. Abcès de la paroi utérine. Hystérectomie. Phlébite Guérison.* (Le Lorier. P. Bull. Soc. d'obst. et gyn. de Paris, n° 4, avril 1926, p. 217).

Secondipare de 26 ans, Accouchement 9 jours auparavant. Depuis n'a pas cessé de perdre du sang, parfois abondamment avec petits caillots ; sang noirâtre mélangé d'un liquide fétide. Accouchement a été très simple et l'arrière-faix a été soigneusement examiné par le médecin de la malade très au courant des choses obstétricales. Il n'aurait rien remarqué de suspect sur cet arrière-faix.

A l'examen : Femme pâle, anémiée. Temp. entre 38 et 38°5. Utérus sub-involué et entr'ouvert, mobile avec des culs-de-sacs libres et souples.

L'hypothèse de rétention cotylédonnaire s'impose. Exploration de la cavité utérine en y introduisant sous-anesthésie au chlorure d'éthyle 2 doigts, ce qui se fit aisément. On trouve facilement et on ramène un cotylédon putride lâchement adhérent à l'utérus.

Comme il arrive souvent en pareil cas, l'intervention, tout en supprimant définitivement tout écoulement sanguin, entraîne une aggravation brusque de l'état général et la pro-

duction de phénomènes septicémiques : 40°, frissons intenses, menace de collapsus cardiaque (streptocoque dans le sang vérifié à l'hémoculture).

Après 4 ou 5 jours angoissants les choses s'amendent, mais il apparaît sur la face antérieure de l'utérus près du fond et de la corne gauche une bosselure très nette. Les lochies sont à ce moment purulentes ; de moyenne abondance, sans odeur marquée.

Le diagnostic de collection purulente de la paroi utérine ne tarde pas à s'avérer. La température est oscillante et à l'endroit indiqué existe une tumeur ronde, sessile sur l'utérus, douloureuse à la pression et rémittente. Après consultation d'un chirurgien des hôpitaux l'intervention est décidée. Hystérectomie abdominale totale avec ablation des annexes et drainage par Mickulicz. Après l'intervention décente légère, mais incomplète ; bientôt apparition d'une phlegmatia du membre inférieur gauche.

Néanmoins guérison.

La pièce enlevée on voit nettement un abcès de la paroi utérine gros comme une petite mandarine et unique faisant une saillie marquée sur la face antérieure de l'utérus près du fond et de la corne gauche.

L'examen du pus n'a pas été fait. Dans le pus des lochies il y avait du colibacille.

Obs. XIII. — *Abcès intra-pariétaux de l'utérus après accouchement. Incision et drainage de l'abcès. Guérison.* (Barrows : *The American Journal of obstetric and diseases of Women and children* t. LXIII, n° 4, avril 1911, p. 575).

Femme 36 ans. Accouchement normal 3 mois auparavant, et ayant subi 2 semaines plus tard l'incision d'un abcès inguinal ainsi qu'une intervention endo-utérine sur la nature de laquelle on ne possède aucun renseignement.

Au bout de 8 semaines, se plaint de crampes douloureuses au niveau de la partie inférieure de l'abdomen. A l'examen

on trouve au-dessus du pubis une zone tympanique douloureuse et contractée et dans la profondeur le palper révèle une masse fluctuante adhérente à l'utérus.

Laparotomie médiane : La corne utérine droite a contracté de nombreuses adhérences avec l'intestin et l'épiploon. Elle est distendue par un volumineux abcès.

Libération des adhérences. Extirpation des annexes droites. Ouverture de la cavité de l'abcès et drainage. Guérison en 6 semaines.

Obs. XIV. — *Abcès de l'utérus post-partum. Incision drainage sus-pubien Guérison* (Barrows).

Primipare de 20 ans qui 6 semaines après un accouchement normal est admise à l'hôpital pour douleurs continues siégeant dans la partie inférieure et droite de l'abdomen.

A l'examen on trouve dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite dont la paroi n'est pas contracturée une masse adhérente à l'utérus et à la paroi pelvienne et qui au toucher vaginal déprime le cul-de-sac latéral droit s'étend jusqu'au cul de-sac postérieur ; elle est douloureuse et donne une sensation de fluctuation profonde. Une colpotomie postérieure ayant été faite en vain ; on pratique une laparotomie médiane et après libération des adhérences intestinales et épiploïques, on trouve un volumineux abcès qui occupe une grande partie de la paroi utérine antérieure.

Incision de la poche. Drainage sus-pubien. Guérison en 25 jours.

Obs. XV. — *Abcès post-partum. Incision. Drainage. Guérison.* (Barrows).

Femme de 18 ans ayant accouché 6 semaines auparavant ; quatre jours après l'accouchement température élevée qui dure depuis accompagnée de douleurs dans la partie inférieure et gauche de l'abdomen. Ces douleurs ont reparu 3 semaines avant son entrée à l'hôpital et se sont accentuées

de plus en plus. La région iliaque gauche est douloureuse, contracturée. Au toucher, utérus gros et refoulé à droite par une masse volumineuse accolée à son flanc gauche.

Laparotomie médiane. Epiploon très adhérent à l'utérus et au ligament large gauche. On libère et on trouve près de la corne gauche de l'utérus un gros abcès qui s'avance vers la paroi pelvienne en décollant les 2 feuillets du ligament large. Incision et nettoyage de la poche. Drainage. Guérison.

Obs. XVI. — *Abcès post-partum. Drainage vaginal. Guérison* (Barrows).

Multipare de 25 ans. 9 accouchements antérieurs normaux. Accouchée pour la 10^e fois la semaine auparavant.

Quatre jours après l'accouchement douleurs vives dans la fosse iliaque droite et fièvre. A l'examen, douleurs vives dans la moitié droite de l'abdomen et surtout dans la fosse iliaque droite où existe une masse dure qui surpasse le détroit supérieur. Utérus gros, refoulé à droite. Néphrite aiguë. Quinze jours après l'entrée le mauvais état général ayant persisté, la tuméfaction s'étant limitée et faisant saillie dans le cul-de-sac droit en une masse fluctuante, on pratique d'abord une colpotomie qui ne donne issue qu'à un peu de sérosité. On fait une colpotomie antérieure ouvrant un large abcès qui siègeait sur la place antérieure de l'utérus entre lui et la vessie. Drainage vaginal. Guérison en 4 semaines.

Au départ de l'hôpital, l'utérus a repris sa place normale, les annexes sont saines, toute trace de néphrite a disparu.

Obs. XVII. — *Abcès utérin post-partum. Incision. Guérison* (Barrows).

Femme de 42 ans, mère de 10 enfants. Dernier accouchement il y a 15 jours. Il a été suivi de fièvre avec frissons qui ont disparu le 5^e jour à la suite d'un curetage

A son entrée elle n'accuse que des douleurs vagues mais l'examen montre de la douleur et de la contracture au niveau des fosses iliaques, surtout à gauche.

Au toucher, dans le cul-de-sac gauche, masse dure et douloureuse. Utérus gros, fixe. Laparotomie médiane. Adhérences épiploïques à l'utérus et aux annexes gauches. Ablation des annexes gauches malades, ainsi que du ligament large infiltré de pus.

Incision et drainage de 2 abcès intrapariétaux de l'utérus. Vaccination antistreptococcique. La malade sort guérie le 49^e jour.

Obs. XVIII. — *Abcès de la paroi antérieure de l'utérus après accouchement. Incision. Drainage. Guérison* (BARROWS).

Femme de 28 ans, mère de 3 enfants. Dernier accouchement datant de 2 mois. Il a été suivi de fièvre et de douleurs dans la partie gauche de l'abdomen. A l'entrée à l'hôpital signes de pelvi péritonite puerpérale. Elle quitte l'hôpital très améliorée au bout de 18 jours, mais revient 18 jours après reprise de douleurs bitatérales intenses. Utérus gros, douloureux mais encore mobile.

Laparotomie médiane. On trouve sur la paroi antérieure de l'utérus, près du fond, un abcès assez volumineux qui est incisé et drainé. Vaccination antistreptococcique. Guérison.

Obs. XIX. — *Abcès intra pariétal de l'utérus post-partum Hystérectomie. Guérison* (A. H. Harrigan, New-York. *Médical journal*, t. XCII, n° 9, 1^{er} mars 1913, p. 445 à 447 et *Journal de chirurgie* 1913, t. X, p. 652).

Femme de 35 ans, admise 4 jours après un accouchement normal sans application de forceps. A son entrée souffrait du ventre, avait température et eut émission abondante de lochies. Un curettage pratiqué ramène des fragments de placenta nécrosé, après le curettage persistance de la fièvre. Au

toucher, utérus gros et portant sur son flanc gauche une tuméfaction prise pour une salpingite. Intervention décidée et pratiquée environ 50 jours après l'entrée à l'hôpital. On évacue successivement 2 abcès situés respectivement devant l'un et l'autre ligament large ; puis en décollant l'S iliaque qui adhérerait intimement à l'utérus on met à découvert sur celui-ci une zone nécrosée située sur la face antérieure de la corne gauche. Il existe là une perforation donnant issue à du pus crémeux. Hystérectomie. Fermeture sans drainage. Après abondante suppuration de la paroi, la malade sort guérie.

Obs. XX. — *Infection puerpérale. Mort par embolie. Abcès de l'utérus* (Anderodias et Pery. *Rev. de gyn. d'obst. et de Pédiatrie de Paris*, 1910, p. 241).

Malade 19 ans, primipare, entre à la clinique d'accouchement de Bordeaux le 15 juillet 1910, enceinte de 7 mois 1/2.

— Accouchement le 2 septembre. Sommet en O. I. D. P. Durée totale du travail : 17 heures. Enfant vivant 3460. Pas de déchirure du périnée, mais très nombreuses éraillures du vagin. Délivrance naturelle complète. Placenta : 430 gr.

— Suites de couches : Rien de particulier pendant les 4 premiers jours. Le 6^e jour dans la soirée frisson et température à 40,4. L'utérus est légèrement sensible au niveau de la corne gauche. Les lochies sont épaisses, rouillées, non fétides. Sur la muqueuse vaginale de nombreuses ulcérations recouvertes d'exsudats pseudo-membraneux. Injection vaginale à l'eau oxygénée, puis intra-utérine à l'eau iodée.

— 5^e jour : Température le soir à 40 avec frisson. Pouls à 124. 2^e injection intra-utérine

— 6^e jour : Température 39,4 et 40,4. Lochies de plus en plus épaisses, purulentes. Utérus indolore. L'état général se maintient bon.

— Jours suivants : Les lochies restent purulentes, utérus toujours gros mais non douloureux. La température après

avoir oscillé pendant 4 jours entre 39 et 40, commence à descendre le 11^r jour. Etat général bon.

— 13^e jour : Malgré la chute progressive de la température l'utérus qui est demeuré volumineux est un peu douloureux au niveau des 2 cornes, surtout à gauche. Un peu de ballonnement du ventre.

— 14^e jour : T. : 37.6 les plaies vaginales sont cicatrisées. L'état général satisfaisant, lorsque le soir du même jour brusquement la température monte à 40 avec un frisson. Un vomissement, et à l'occasion d'un mouvement la malade meurt brusquement d'une embolie.

— Autopsie : L'épiploon adhère au niveau des 2 cornes utérines. Utérus nettement augmenté de volume, fond notablement au-dessus du pubis (16^e jour). Dans le Douglas quelques fausses membranes et un peu de liquide louche.

En avant, à droite comme à gauche, occupant une position symétrique, on aperçoit une grosse bosselure du volume d'une noix de coloration jaunâtre. Il s'agit de chaque côté d'un volumineux abcès superficiel à peine recouvert par le péritoine et une minime épaisseur de paroi utérine. Tout autour légère réaction péritonéale avec adhérence épiploïque, mais pas de coque pseudo-membraneuse d'enkystement. Il paraît évident que si l'un de ces abcès s'était ouvert, la grande cavité péritonéale eut été envahie d'emblée.

L'utérus est enlevé tout entier. Les abcès sont en plein dans l'épaisseur du muscle utérin, quoique prédominant fortement vers la séreuse. La trompe absolument libre passe au-dessus de l'abcès à droite comme à gauche. Il n'y a aucun rapport entre la cavité tubaire et la paroi de l'abcès.

L'utérus est ouvert sur sa paroi antérieure. L'aire placentaire apparaît tapissée d'un exsudat gris noirâtre, peu adhérent. Les collections suppurées sont séparées de la cavité utérine par une épaisseur considérable de paroi. Il semble qu'elles n'avaient aucune tendance à s'ouvrir de ce côté-là, de sorte que même si le toucher intra-utérin avait été pratiqué

il n'aurait fourni aucune indication relative à la présence de ces abcès.

Coupe de l'utérus : Aucune infiltration purulente en dehors de la zone des abcès. L'un de ceux-ci est incisé. La paroi est irrégulière, rougeâtre, anfractueuse avec des prolongements irréguliers. Le pus est jaune, bien lié, non fétide.

— Examen histologique de la paroi de l'abcès (M. Sabrazès) : L'abcès pénètre dans le muscle utérin et s'y continue sous l'aspect d'un foyer cunéiforme, lymphangitique. Beaucoup de Mastzellen dans les coupes, sauf au niveau des parties abcédées.

L'examen des veines du ligament large, des veines hypogastriques ne donne rien d'anormal. De même pour la veine iliaque externe. Le tissu cellulaire du bassin est le siège d'une assez forte infiltration œdémateuse.

Obs. XXI. — *Infection puerpérale. Mort. Abcès de l'utérus* (Anderodias : *Rev. de gyn., d'obst. et de pédiatrie de Paris*, 1910, p. 244).

Malade de 34 ans, enceinte de 6 mois 1/2 entre à la maternité Pellegrin, le 16 décembre 1908. Elle présente un écoulement gonococcique important.

Le 20 janvier pendant son séjour à la maternité grippe avec congestion pulmonaire.

Le 26 mars elle entre en travail. Accouchement dans de bonnes conditions, enfant vivant 2560 gr. Délivrance naturelle complète.

Suites de couches : Le lendemain temp. à 37,6, lochies fétides.

Le 20 mars : Léger frisson, temp. 38,2. Utérus normal non douloureux.

Le 21 : Nouveau frisson, temp. 39, lochies très fétides.

Le ventre continue à être souple et indolore.

Peu à peu cependant l'état général s'aggrave, la tempéra-

ture oscille autour de 38, le pouls battant entre 100 et 120. L'utérus a une involution retardée.

— Le 27 mars : La malade présente des convulsions localisées d'abord au côté droit, à la face, au bras et à la jambe, mais prédominant surtout au membre supérieur. Cette crise qui dure quelques minutes aboutit rapidement au coma qui dure quelques heures. Le lendemain hémiparésie.

— Le 28 : Quelques convulsions isolées.

— Le 29 : Mort au milieu de phénomènes adynamiques.

— Autopsie : Utérus encore volumineux, présentant à la partie postérieure de la corne gauche des adhérences l'unissant au rectum. Pour enlever l'utérus on est obligé de les détruire et on ouvre en le faisant un petit abcès de la grosseur d'une noix contenant du pus verdâtre, épais. Cet abcès est creusé dans la paroi de l'utérus au niveau de la corne gauche. Il siège loin de la muqueuse. Il est plutôt sous-péritonéal.

Cet abcès communique avec de petites cavités présentant les dimensions d'une noisette ou d'un pois, d'où la pression fait sourdre du pus analogue à celui qui est contenu dans la cavité principale.

— A la coupe : Aucune autre lésion de la paroi utérine. Rien à signaler sur la face interne de l'utérus. Aucune lésion péritonéale.

— Examen histologique : Dans les parois de l'abcès, nombreux polynucléaires neutrophiles. Les parois de l'abcès examinées du côté de l'utérus montrent une infiltration embryonnaire très accentuée. Les vaisseaux gorgés de sang sont entourés de mastzellen abondants. Leurs parois sont épaissies, leur endothélium boursoufflé en certains points manque totalement par endroits.

Les lymphatiques montrent eux aussi une migration leucocytaire intense dans leur voisinage. Les fibres conjonctives et musculaires sont altérées et ce processus s'étend fort loin autour du foyer de l'abcès.

Obs. XXII. — *Abcès de la corne utérine gauche, post-partum.*
Incision, drainage, guérison (J. A. Sampson : *The american Journal of obstetrics and diseases of women and children*, t. LXI, n° 3, mars 1910, p. 385 à 403 et *Journal de Chirurgie*, t. IV, n° 5, mai 1910, p. 585).

Femme de 27 ans. Accouchement 6 semaines auparavant (extraction au forceps d'un enfant mort) qui a depuis son accouchement de la fièvre et souffre de douleurs abdominales prédominantes à gauche.

A l'examen : Utérus gros, peu mobile et au niveau de la corne gauche, une masse mal limitée pâteuse. Diagnostic : Abcès de l'ovaire ou de la partie supérieure du ligament large gauche.

Laparotomie médiane. Les annexes, sauf quelques adhérences sont normales, mais il existe dans la corne utérine gauche une tumeur fluctuante à laquelle adhère le côlon sigmoïde. Incision à nouveau de la paroi au-dessus de la partie moyenne de l'arcade de Fallope. On passe à travers les muscles comme dans l'opération de Mac Burney pour appendicite ; refoulement du péritoine et par l'intermédiaire du ligament rond on atteint la corne utérine au niveau de la plaie. L'abcès est ainsi incisé par voie sous-péritonéale, évacué et drainé. Fermeture de la plaie médiane. Les drains au nombre de 3 sont progressivement enlevés à partir du 3^e jour. Guérison. A l'examen du pus : streptocoques

Obs. XXIII. — *Abcès de la corne utérine droite post-partum*
Incision, drainage, guérison (J. A. Sampson).

Femme de 40 ans, accouchée normalement 8 jours auparavant. Elle présente des signes d'infection puerpérale avec fièvre, douleurs abdominales surtout marquées à droite, météorisme, rétention d'urine.

L'utérus très gros, remontant jusqu'au 1/3 supérieur de la ligne ombilico-pubienne est douloureux à la pression

surtout du côté droit. Sous l'influence du repos, de la glace, des injections, les phénomènes s'amendent légèrement et l'utérus diminue de volume. On continue ce traitement pendant 2 semaines puis devant la persistance des douleurs l'intervention est décidée.

Laparotomie médiane : Utérus gros avec une tumeur fluctuante dans la corne droite à laquelle adhère l'appendice. Rien aux annexes. Deuxième incision en regard de la partie moyenne de l'arcade de Fallope et on attire l'utérus par le ligament rond. Mais comme l'abcès pointe à la face antérieure de l'utérus, on préfère l'évacuer par l'incision médiane. On place ensuite les drains qu'on fait passer par l'incision latérale après avoir incisé le feuillet antérieur du ligament large près de l'abcès.

A l'examen du pus streptocoques purs.

Guérison. La malade enceinte à nouveau accouche normalement 20 mois plus tard.

Obs. XXIV. — *Abcès utérin post-abortionum. Mort.* (J. A. Sampson).

Femme de 26 ans atteinte d'infection puerpérale grave à la suite de manœuvres abortives. A l'autopsie on trouve une pelvi-péritonite purulente enkystée à la partie supérieure par des adhérences épiploïques et intestinales avec de nombreux abcès de l'ovaire, la paroi utérine, la paroi vésicale et le tissu cellulaire pelvien. A l'examen du pus : streptocoques et collibacilles.

Obs. XXV. — *Abcès utérin post partum. Hystérectomie. Guérison* (J. A. Sampson).

Femme de 26 ans amenée à l'hôpital 3 mois après un accouchement terminé par extraction manuelle d'un enfant mort. Elle présente de la fièvre, des douleurs abdominales. A l'examen on trouve une masse volumineuse occupant la partie droite du pelvis qu'elle déborde par en haut. L'utérus

adhérent à cette masse est immobile. La base des ligaments larges est indurée. Les culs-de-sacs sont normaux. Pyurie abondante où l'on trouve du streptocoque.

— Première opération : On trouve l'épiploon épaissi, adhérent à la paroi abdominale antérieure et à la vessie en avant de l'utérus. Celui-ci est enchâssé entre la vessie, l'épiploon et les anses grêles. En le libérant on ouvre plusieurs foyers purulents enkystés dont l'un situé entre la vessie et l'utérus communique avec la vessie. Plusieurs abcès saillent sur la paroi utérine dont l'un au niveau de la corne gauche. Après avoir ouvert tous ceux qui sont apparents on place des drains sortant par l'incision médiane de la paroi.

A l'examen du pus : streptocoque. A la suite de cette intervention amélioration notable de l'état général et de l'état local.

— Deuxième opération (1 mois après) : Les organes sont libres, sans adhérences sauf l'ovaire droit qui est adhérent à l'intestin et à l'épiploon et qui est abcédé. Les veines ovariennes sont thrombosées. Hystérectomie sus-vaginale. Ablation bilatérale des annexes. Ligature du pédicule tubo-ovarien droit au niveau du détroit supérieur. Drainage abdominal. Guérison.

Obs. XXVI. — *Abcès utérin post-partum non opéré. Mort.* (Picqué : Discussion sur le traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie abdominale. *Bull. Soc. Obst.*, Paris 1912, t. V, p. 148. In thèse Roy, obs. 13).

Accouchement prématuré au 8^e mois avec basiotripsie. Septicémie à marche foudroyante. Mort 3 jours après.

Présentation de la pièce : Abcès unique de la grosseur d'un œuf de poule sur le bord droit de l'utérus au niveau du segment inférieur. Cet abcès communique avec la cavité du col par un orifice assez large.

A l'incision de l'abcès un verre à liqueur de pus. Dans la

cavité utérine aucun débris placentaire. Intégrité absolue des annexes, du péritoine et de tous les viscères.

Obs. XXVII. — *Abcès utérin post-abortionum non opéré. Mort* (obs. 14 in thèse Roy).

Secondipare 22 ans. Le 24 avril 1901 avortement de 2 mois environ. Le 5 mai date d'entrée à l'hôpital tableau d'une grosse infection. Localement gros utérus, col ouvert par où s'écoule du sang poisseux, peu fétide. Au toucher intra-utérin pas de fragment placentaire dans la cavité. La curette mousse ramène quelques débris. Un drain intra-utérin.

Aggravation les jours suivants et mort le 9 mai.

A l'autopsie : Péritonite généralisée. Au niveau de l'utérus un abcès intra musculaire contenant du pus à streptocoque.

Obs. XXVIII. — *Abcès utérin post-abortionum. Hystérectomie vaginale tardive. Mort* (J. C. Stinson : *New-York Medical record*, 1897, p. 203-207, obs. 30 in thèse Roy).

Avortement. La malade est vue plusieurs semaines après son avortement. Etat général très grave. Au toucher utérus gros comme un utérus gravide de 6 mois. Orifice utérin dilaté. L'utérus contient encore le fœtus et du placenta. Evacuation utérine. Injection intra-utérine.

Suites fébriles. On refait par la suite deux nouvelles explorations à la curette. L'état continue à être grave. On décide une hystérectomie vaginale. L'utérus enlevé présentait au niveau de sa paroi gauche près du fond un abcès. De même l'ovaire gauche abcédé.

Mort 18 heures après l'intervention.

Obs. XXIX. — *Abcès utérin du volume d'une noisette. Quatre petits abcès miliaires, un abcès du ligament large. Hystérectomie vaginale. Mort* (Faure et Mouchotte, in thèse Roy, obs. 33).

Accouchement spontané le 31 mai 1902. Durée du travail

32 heures. Suites de couches fébriles. Abdomen douloureux. Le 13 juin temp. 39,8, pouls 132. Utérus gros, mou, douloureux au palper et toucher combinés. Culs-de-sacs souples, libres, non douloureux. Col fermé. La curette ramène quelques débris ovulaires adhérents, non fétides.

Le lendemain aggravation. Hystérectomie vaginale (J. L. Faure) A l'ouverture du cul-de-sac vaginal écoulement d'un peu de pus non fétide. Mort le lendemain.

— Examen de la pièce : Gros utérus, annexes saines. Près du bord de l'utérus à 1 cm. 5 au-dessous de l'insertion tubaire en plein parenchyme utérin est un abcès du volume d'une grosse noisette et renfermant du pus.

— Examen microscopique : La paroi utérine dans le voisinage de l'abcès présente des lésions énormes. On voit sur la coupe 4 petits abcès miliaires développés aux dépens de veines atteintes de phlébites suppurées. Sur certaines la paroi veineuse a complètement disparu. Sur d'autres on la retrouve à la périphérie de l'abcès et on reconnaît la disposition concentrique des fibres musculaires de la paroi qui sont dissociées par l'infiltration leucocytaire. Tout autour le tissu utérin est le siège d'une infiltration œdémateuse intense.

Obs. XXX. — *Abcès dans la paroi d'un utérus fibromateux après avortement. Hystérectomie. Guérison* (L. Picqué et Ch. Liné. *Soc. Obst. de Paris*, 21 décembre 1905, obs. 36 in thèse Roy).

Femme de 37 ans enceinte. Avortement de 3 mois environ. Les jours suivants température. On fait un curettage, la température tombe, puis remonte le lendemain. Nouveau curettage. A ce moment le diagnostic de fibrome n'est pas douteux. Il existe une grosse masse qui remonte à 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse. irrégulière dure et bosselée. L'examen de la cavité utérine montre que celle-ci est augmentée,

La température se maintient autour de 38. On décide d'intervenir. Hystérectomie classique. Suites simples. Guérison.

L'examen de la pièce montre l'existence d'un gros fibrome à apparence sphacélique dans la paroi antérieure. Entre celui-ci et la paroi utérine on constate une nappe purulente très tendue.

Obs. XXXI. — *Avortement. Fibrome utérin. Endométrite. Absès central du fibrome. Hystérectomie abdominale. Guérison* (Carle et Gatti. Policlino Roma, 1895, obs. 39, in thèse Roy).

Malade 35 ans, entre à l'hôpital de Turin le 23 février 1894. Avortement sur une femme présentant un utérus fibromateux. A son entrée curettage qui ramène quelques débris placentaires. Après le curettage persistance de la température. En raison de la température, de l'écoulement vaginal muco-purulent et de la grosse masse fibromateuse, l'intervention est décidée.

Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

Examen de la pièce : Au niveau de la masse fibromateuse on trouve en l'incisant un abcès ayant environ 12 centimètres de diamètre, contenant un pus verdâtre, fétide, avec des débris sphacelés. Annexes normales.

Le pus contient des staphylocoques. La paroi de l'abcès est formée d'une membrane pyogène épaisse de 1 centimètre. Le tissu musculaire situé immédiatement au-dessous est infiltré de cellules purulentes et en voie de nécrose et de liquéfaction. La trame musculaire qui sépare la cavité de l'abcès de celle de l'utérus est formée de tissu musculaire en dégénérescence nécrotique, riche en vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques. La lumière des vaisseaux, surtout des vaisseaux sanguins est oblitérée par des cellules de pus et des microcoques.

Obs. XXXII. — *Double abcès de l'utérus. Phlegmon du ligament large. Hystérectomie abdominale. Mort* (Observation du Dr Picqué, obs. 42 in thèse Roy).

Femme entrée le 21 novembre 1908.

Au toucher à droite et en arrière grosse masse annexielle, à gauche on sent également une masse volumineuse qui paraît indépendante. Diagnostic porté : Pyosalpinx double.

Le 28 novembre intervention (Dr Picqué). A l'incision on note de chaque côté des adhérences intestino-épiploïques lâches et faciles à détacher ; à gauche du pus épais vient sourdre au niveau du bord utérin. Il s'agit d'un abcès de la paroi utérine.

En arrière s'écoule un liquide chocolat, près de la sérosité purulente. Il s'agit de pus venant d'un abcès de la face postérieure de l'utérus.

Hystérectomie par le procédé américain.

2 Mickulicz. Mort le lendemain.

Obs. XXXIII. — *Perforation utérine au niveau d'un abcès. Autre abcès incisé après laparotomie. Drainage. Guérison* (obs. du Dr Picqué, obs. 60 in thèse Roy).

Malade de 26 ans entre à Bichat le 23 janvier 1907.

Au cours d'un curettage pratiqué le 25 janvier pour accidents consécutifs à un avortement, la curette pénètre dans l'abdomen.

Laparotomie immédiate, au niveau de la face postérieure de l'utérus longue déchirure verticale de 3 cm. Suture par 2 fils de catgut.

Au niveau de la corne utérine et sur le 1^{er} segment de la trompe, ulcération due probablement à l'ouverture antérieure d'un petit abcès. Un point de suture au catgut.

Le long du bord latéral droit de l'utérus, on constate un abcès qui soulève le feuillet péritonéal au niveau duquel existe une coloration jaunâtre et de la fluctuation.

Incision. Evacuation. Curettage.

Drainage de cette cavité. Mikulicz dans le Douglas. Guérison. La malade a été revue 7 ans après l'intervention en parfait état.

Obs, XXXIV. — *Abcès de l'utérus. Laparotomie. Incision drainage. Rechute. Nouvelle laparotomie. Autres abcès. Hystérectomie. Guérison* (obs. du Dr Picqué, obs. 63 in thèse Roy).

Malade de 24 ans, entre à l'hôpital Lariboisière (service du Dr Picqué) le 20 août 1913).

Accouchement le 9 juillet. Accouchement laborieux, pas d'application de forceps. Suites fébriles. Abcès de fixation incisé au bout de 3 jours.

A son entrée à Lariboisière (43^e jour du post-partum) temp. 39. Pouls 105. Bon facies. Ventre souple, mais très douloureux à l'examen. L'utérus est gros, il remonte nettement au dessus du pubis, il est mou. Le col est entr'ouvert. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse molle qui semble se fusionner avec l'annexe droite.

Le lendemain, intervention (Professeur agrégé Grégoire). Incision médiane sous-ombilicale. Utérus gros dont la paroi postérieure bombe en une saillie nettement fluctuante. Il existe donc là en pleine paroi utérine une collection liquide. Incision cruciale. La poche bien limitée contient du pus bien lié de couleur verdâtre. C'est un véritable abcès à limites nettes et ne communiquant pas avec la cavité utérine. Quantité de pus : 30 cm³.

Un drain et 2 mèches au contact de l'abcès. Paroi en un plan avec des fils de bronze.

Suites opératoires normales. Ablation des mèches le 26 août, tout va bien quand fin octobre brusquement ascension de température à 39,8, douleurs dans le bas-ventre, nausées.

Intervention immédiate (Dr Picqué).

Laparotomie : Un gros abcès est ouvert et drainé sans.

qu'on puisse voir le fond de l'utérus. On ne poursuit pas plus avant l'intervention.

Les troubles persistants, 3^e intervention (D^r Picqué).

Libération d'anses grêles. Fond utérin mis à découvert. Adhérences au niveau de la face postérieure de l'utérus. Hystérectomie suivant le procédé américain. Mickulicz. Guérison.

— Examen de la pièce : Au niveau de la face postérieure de l'utérus dans la moitié inférieure du corps, abcès entouré d'une coque fibrineuse. Cet abcès est bien limité, n'est pas ouvert à l'extérieur et ne communique pas avec la cavité utérine.

Au-dessus de cet abcès, on voit encore la trace de l'incision du 1^{er} abcès. Annexes saines.

Obs. XXXV. — *Abcès du fond de l'utérus post-partum. Mort.* (Nivert, *Bulletin de la Société Anatomique*, 1862, 2^e série, t. VII, p. 168-171, obs. III, in thèse Mercadé).

Mme B..., 29 ans, tuberculeuse pulmonaire, accouche le 15 janvier 1862. Le 17 fièvre et douleurs abdominales. Le 18 mauvais état général. Poussée tuberculeuse évolutive nette. Le 19 elle se plaint de douleurs abdominales vives. Les jours suivants altération de plus en plus marquée de l'état général du fait de l'extension rapide des lésions pulmonaires. Mort le 5 février.

Autopsie : les 2 poumons sont farcis de granulations tuberculeuses.

Au niveau de l'utérus, près de la corne gauche existait un abcès nettement parenchymateux. Trompes libres. Ovaires sains.

Obs. XXXVI. — *Abcès de l'utérus ouvert dans le péritoine. Mort.* (Scanzoni, obs. in thèse Mercadé).

Après retard de règles apparition d'une métrite violente, durant 8 jours traitement sans diminution de douleurs. La

sénilité utérine augmente au contraire de plus en plus, les frissons se répètent. Peu à peu se développe au dessus de la portion horizontale du pubis droit une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, passablement résistante et nettement limitée.

Le 22^e jour de la maladie, apparition brusque de signes de péritonite à laquelle la malade succombe le 31^e jour.

L'autopsie démontre que la cause de la mort est due à la rupture d'un abcès utérin de la dimension d'un œuf d'oie. Cet abcès situé à la partie droite et supérieure de l'utérus avait donné issue au pus dans la grande cavité péritonéale, ulcération progressive du parenchyme utérin et de la séreuse péritonéale.

Obs. XXXVII. — *Abcès utérin post-partum. Rupture dans le péritoine. Mort. Découverte d'autopsie* (Saxinger d'après Otto Franqué, obs. V, in thèse Mercadé).

Femme de 30 ans. Péritonite généralisée. Trois mois auparavant accouchement difficile d'un enfant mort. Elle dut garder le lit pendant 3 à 4 semaines après l'accouchement. Morte de péritonite.

A l'autopsie : Péritonite généralisée purulente. Utérus du volume d'un œuf d'oie. Dans sa partie postérieure existe un foyer du volume d'une noisette, plein de pus, présentant un petit orifice. Pas de communication entre l'abcès et la cavité utérine. L'abcès a dû commencer il y a 3 mois. Il est à l'origine de la péritonite.

Obs. XXXVIII. — *Abcès utérin post-partum. Péritonite généralisée. Mort. Découverte d'autopsie* (J. L. Championnière, Lymphatiques utérins et lymphangite utérine, Thèse Paris, 1890, obs. VIII, in thèse Mercadé).

Femme accouchée le 31 août et morte de péritonite le 12 octobre. A l'autopsie plusieurs abcès utérins, au niveau des cornes, au niveau de l'isthme. Abcès à pus crémeux à

siège sous-péritonéal. Aucune trace d'inflammation du tissu musculaire.

Obs. XXXIX — *Abcès utérin post-partum. Mort par péritonite généralisée. Découverte d'autopsie* (J.-L. Championnière, Thèse Paris, 1870, obs. IX, Mercadé).

Femme morte 41 jours après avoir accouché, dans le service de M. Desnos à St-Antoine. A l'autopsie abcès utérin très volumineux en arrière au niveau de l'union du corps et du col. En outre d'autres lymphatiques purulents bien conservés. Péritonite généralisée. Une collection purulente du ligament large.

Obs. XL. — *Abcès utérin post-abortion. Découverte d'autopsie* (Finnell, New-York pathological Society, 11 octobre 1871, obs. X, thèse Mercadé).

Femme de 23 ans. Tentative d'avortement criminel. Mort.

A l'autopsie : Utérus gros et présentant au niveau de la partie antérieure et supérieure du fond et en plein parenchyme un abcès contenant 5 à 6 onces de pus. Des débris placentaires étaient encore adhérents à la surface interne de l'organe.

Obs. XLI. — *Abcès du col utérin post-abortion. Guérison.* (Ashford, report of Columbia Hospital for women. Washington DC, 1873, obs. XI, thèse Mercadé).

17 ans. Tentative d'avortement criminel. Abcès du col utérin qui guérit par incision.

Obs. XLII. — *Abcès utérin post-partum. Mort par péritonite, découverte d'autopsie* (Grammatikat Vrach, St-Petersbourg, 1886, obs. XII, in thèse Mercadé).

Femme de 35 ans enceinte de 8 mois, présentant un bassin rétréci asymétrique. Accouchement prématuré provoqué.

Suites fébriles et mort avec le tableau d'une péritonite généralisée.

A l'autopsie : Pus dans le petit bassin. Utérus volumineux, fond recouvert de fausses membranes et présentant à gauche une ulcération profonde en forme de trou à bords irréguliers. Grammatikat conclut à un abcès utérin ouvert secondairement dans le péritoine.

Obs. XLIII. — *Abcès utérin post-partum associée à un énorme pyosalpinx* (Bold, Abcess of the uterus, puerperal pyosalpinx and intra-péritonéal abcess, obs. XIII, in thèse Mercadé).

Femme de 22 ans. Accouchement 4 semaines auparavant. Suites fébriles.

A l'examen : Utérus gros et mou présentant des 2 côtés une tumeur fluctuante.

Diagnostic : Salpingite septique.

Laparotomie : A droite pyosalpinx ; à gauche un gros abcès utérin intra-musculaire. Mort.

D'après Bold il s'agissait d'un infarctus suppuré de la paroi utérine.

Obs. XLIV. — *Abcès utérin du post partum. Incision, méchage, guérison* (Augustein : Abcessus parietis uteri, obs. XIV, in thèse Mercadé).

A. B..., 24 ans. Accouchement spontané le 23 septembre 1892. Suites de couches fébriles. Le 26 octobre à l'examen on trouve dans le cul-de-sac droit une tumeur dure du volume du poing. Le diagnostic porté est celui de pyosalpinx.

Laparotomie : Pas de tumeur salpingienne. Trompes et ovaires normaux. Dans la moitié droite de l'utérus existe un abcès que l'on incise ; il s'en écoule du pus en abondance. Curettage des parois de l'abcès. Gaze iodoformée.

Suites normales. Guérison.

Obs. XLV. — *Abcès utérin à gonocoques après accouchement. Hystérectomie vaginale. Guérison* (Madlener, Centralblatt für gynécologie, 14 décembre 1893, obs. XVI in thèse de Mercadé).

Femme de 29 ans. Accouchement 7 semaines auparavant. 5 semaines après l'accouchement apparition de douleurs abdominales. Examen : Utérus sensible, mou, du volume d'un utérus gravide de 3 mois. A droite une tumeur ansexuelle du volume du poing, à gauche une autre tumeur du volume d'un œuf de poule.

Le 14 octobre 1893 : Hystérectomie vaginale : A droite : Pyosalpinx contenant peu de pus. A gauche trompe renfermant un peu de liquide séreux. Abcès purulent à gonocoques au niveau de la corne utérine gauche.

Obs. XLVI. — *Abcès post-partum. Hystérectomie. Guérison.* Penrose. Bilateral abscess of the uterine Walls, obs. XVII, in thèse Mercadé).

22 ans, multipare. Malade depuis accouchement qui date de 8 semaines. Accouchement difficile au forceps. 3 jours après l'accouchement a souffert du bas-ventre et a présenté de la température.

A l'examen le jour de l'entrée : Masse dans le cul-de-sac latéral gauche.

Laparotomie : Dans la paroi utérine au-dessous de la corne droite un abcès contenant 2 gr. de pus. Un autre abcès plus petit sur le côté gauche de l'utérus. Trompes normales.

Hystérectomie. Guérison.

Obs. XLVII. — *Abcès sous-péritonéaux post-partum. Hystérectomie, guérison* (Davis, American Journal of obstetrics, 1893, obs. XVIII, in thèse Mercadé).

Deux semaines après accouchement, température.

Laparotomie : Abcès sous-péritonéaux dans le parenchyme utérin.

Hystérectomie. Guérison.

Obs. XLVIII. — *Abcès utérin post-partum. Incision, curettage de l'abcès. Drainage Guérison* (Georges H. Noble, obs. XXII, in thèse Mercadé).

Deux semaines après accouchement. Laparotomie : Annexes droites saines. A gauche trompe purulente, abcès de l'ovaire. Au niveau du fond utérin abcès du volume d'un citron.

Incision. Curettage de l'abcès. Drain dans le Douglas. Guérison.

L'auteur pense qu'il n'est pas toujours nécessaire d'enlever l'utérus dans les suppurations du parenchyme utérin.

Obs. XLIX. — *Abcès post-partum. Péritonite généralisée. Guérison* (Ricketts : Abscess of the uterus in puerperal septicemia. The cincinnati Lancet clinic, t. XL, 1898, p. 460).

Ile pare, 25 ans. Accouchement le 12 mars. Huit jours après septicémie puerpérale grave. Le 25 on constate une tuméfaction dans la profondeur du petit bassin. Etat général sérieux.

Laparotomie : Péritonite généralisée.

Au niveau de l'utérus abcès près de la corne gauche. Ouverture de l'abcès qui donne 60 à 90 gr. de pus sale. Lavage et drainage de la cavité abdominale. Guérison.

Obs. L. — *Abcès utérin post-partum. Hystérectomie vaginale. Guérison* (Turenne : Abcès de l'utérus, abcès du ligament large. La gynécologie, t. III, 1898, p. 105).

Multipare 43 ans. Accouchement à terme le 6 septembre 1897 suivi d'une légère hémorragie. Quelques heures après douleur vive dans la fosse iliaque gauche. Dix jours après sans que la douleur disparut, écoulement fétide par le vagin.

Le 18^e jour des suites de couches existence d'une tumeur

latéro-utérine petite, douloureuse qui augmente progressivement de volume. Pendant 15 jours température entre 38 et 39.

Examen le 28 octobre : Malade dont l'état général est très touché. A l'examen : Tumeur de la grosseur d'un œuf d'autruche mobile, douloureuse, fluctuante, accessible autant par l'abdomen que par le cul-de-sac vaginal antéro-latéral gauche, déviant l'utérus à droite. Diagnostic posé : Absès du ligament large.

Intervention le 2 novembre : Ouverture de la poche par voie vaginale. Issue d'une grande quantité de pus jaune, bien lié. Hystérectomie vaginale. Les annexes sont saines des 2 côtés.

Au niveau de l'isthme utérin existait une cavité purulente. D'autres cavités sont découvertes en plein tissu utérin. La plus grande occupait le fond de l'organe.

Obs. LI. — *Absès à streptocoques post-abortionum. Hystérectomie vaginale. Guérison* (Prochownick : Monatschr für geb. und gyn., 1899, d'après Christeanu in Revue de gynécologie, n° 4, 1904, p. 635).

25 ans. Secondipare. Avortement. Suites fébriles. Streptocoques dans le sang. Hystérectomie vaginale. L'utérus enlevé est farci dans toute l'épaisseur de son parenchyme de nombreux petits absès. Les foyers utérins contiennent des streptocoques en culture pure.

Obs. LII. — *Absès utérin de la corne gauche après accouchement spontané. Incision, drainage. Guérison* (Dröse d'après Franqué).

Primipare 18 ans. Accouchement spontané. Suites fébriles. Le 23^e jour on constate à gauche de l'utérus une tumeur du volume d'une pomme, dure, un peu sensible et bosselée. Le 34^e jour empatement jusqu'au niveau de l'ombilic et derrière l'utérus.

Le 37^e jour laparotomie : On trouve l'utérus saillant sur la ligne médiane. Epiploon enflammé et adhérent à l'utérus. Pendant le décollement du pus s'écoule derrière l'utérus. Dans la corne gauche au niveau de l'origine de la pompe existait un abcès qui était en train de s'ouvrir à travers la musculieuse et la séreuse.

Nettoyage. Drainage. Tamponnement du foyer purulent avec de la gaze. Guérison.

Obs. LIII. — Otto von Franqué. Uterus abscess und metritis dissecans. Sammlung Klinischer Vorträge, octobre 1902, n° 316, Leipzig.

Multipare. Avortement. Curage digital. Suites fébriles.

Vingt jours après on sent sur la partie gauche de l'utérus une tuméfaction douloureuse. Dix jours plus tard, frisson, température à 39,7, pouls 120. Au toucher à gauche tout près de l'utérus existe une tuméfaction arrondie, molle, douloureuse, de la grosseur d'un œuf de poule. Diagnostic : Foyer purulent gauche probablement salpingien.

Le lendemain : Evacuation spontanée par le vagin d'une grande quantité de pus. On croit à la rupture d'un pyosalpinx à travers l'utérus.

Amélioration les jours suivants ; 3 mois 1/2 après l'avortement apparition de douleurs abdominales vives et expulsion d'un fragment de tissu utérin d'une longueur de 4 à 5 centimètres. Guérison. L'examen du fragment expulsé montre qu'il s'agit d'un fragment de tissu musculaire nécrosé. Pas trace de muqueuse. Pas de thrombose des vaisseaux.

Franqué pense qu'il s'est agi d'un abcès de la paroi utérine vidé spontanément dans le vagin. La portion de la paroi utérine placée entre l'abcès et la lumière de l'utérus se serait nécrosée et aurait été évacuée secondairement.

Obs. LIV. — *Abcès utérin post-abortionum. Morte. Découverte d'autopsie* (Brindeau. Soc. d'obst. de Paris, 21 mars 1901).

Femme de 22 ans, sans passé pathologique. En novembre 1900 suppression des règles. Rien à signaler dès les premiers temps de la grossesse. Le 30 janvier la malade aurait, dit-elle, fait une chute dans l'escalier. Quelques heures après douleurs et perte de sang. Le 31 janvier à 2 heures de l'après-midi elle expulse un embryon et entre dans la soirée à la Maternité de St-Louis.

A son arrivée : Grande prostration, langue sèche, pouls petit, température à 38°.

Le 1^{er} février subictère, abdomen non ballonné mais toujours douloureux. Au toucher le col est presque fermé, l'utérus gros, mais peu douloureux, l'écoulement vaginal peu abondant et fétide, la température 37,2 le matin, 37,5 le soir.

Le 2 février : Curettage. Le col était presque fermé et dut être dilaté avec des bougies de Hegar. Opération sans difficulté. Peu de débris. Température matin 37,2, soir 37,5.

Le 3 février : Eruption de vésicules d'herpès au pourtour des lèvres. Etat général toujours très grave. L'abdomen n'est pas ballonné, mais toujours douloureux à la pression.

Le 4 février : La femme meurt dans le même état. L'ensemencement du sang pendant la vie a été stérile.

— Autopsie 24 heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen il s'échappe une grande quantité de pus. Le péritoine est vascularisé tapissé de fausses membranes qui agglutinent les anses intestinales. Toute la cavité péritonéale est intéressée. Le pus s'accumule dans le petit bassin. L'examen du pus montre l'existence de nombreux streptocoques et de colibacilles. Le sang du cœur reste stérile.

L'utérus est gros comme un utérus gravide de 2 mois environ. Au niveau de sa face antérieure il existe une tumeur volumineuse grosse comme un œuf de poule, très régulière, d'un rouge violacé. Cette tumeur présente un léger puits

par lequel s'écoule du pus noirâtre. A la palpation mollesse spéciale, presque fluctuation. Au niveau du fond nouvelle petite tumeur grosse comme une noisette, tangente à la précédente. La pièce non ouverte est plongée dans du formol. A l'incision : Abscès au milieu de la paroi utérine.

La cavité utérine est tout à fait refermée. On suit parfaitement un petit trajet qui indique que la paroi a été perforée. Il est probable que cette femme a subi des manœuvres abortives qui ont amené la perforation de l'utérus et la production d'un abcès avec péritonite consécutive.

Obs. LV. — *Abscès utérin post-partum. Péritonite diffuse. Mort.*
(Lepage. Comptes-rendus de la Soc. d'Obst. de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, 9 mars 1903).

Accouchement normal. Trois jours après température et douleurs abdominales. Pendant 4 jours consécutifs grandes oscillations, douleurs dans la fosse iliaque droite. La pression au niveau du fond de l'utérus n'est nullement douloureuse. Pas de fétilité des lochies, pas de frisson.

Diagnostic : Appendicite. Pas d'intervention. Amélioration les jours suivants.

Quelques jours après ; douleur abdominale, tendance syncopale, ballonnement du ventre. Pouls à 100, température 38, diagnostic : Perforation de l'appendice.

Intervention (Dr Walther) : Laparotomie latérale droite : Péritonite diffuse. On se rend compte que le point de départ est pelvien. Sur le bord supérieur de l'utérus font saillie deux abcès en forme d'haltère. Curettage de ces abcès. Nettoyage. Large drainage. Mort le lendemain.

Obs. LVI. — *Abscès post partum. Péritonite généralisée. Mort*
(Champetier de Ribes).

Huit jours après un accouchement normal : Température, frissons. Mort le 23^e jour.

— A l'autopsie on trouve dans la paroi utérine un abcès

gros comme une noisette qui s'était ouvert dans la cavité péritonéale.

Obs. LVII. — *Abcès post-partum. Hystérectomie abdominale. Guérison* (Schwartz, comptes-rendus de la Soc. d'Obst. de Gyn. et de Pédiatrie de Paris, 6 avril 1903).

Femme de 35 ans. Accouchement antérieur. A l'examen au niveau du fond de l'utérus, existence d'un point douloureux, très net à la pression. Hystérectomie abdominale. Guérison.

Les annexes contenaient des foyers de suppuration. L'utérus était augmenté de volume et présentait au niveau de son fond et à droite une bosselure fluctuante, grosse comme une noisette très forte. Celle-ci incisée laisse écouler du pus jaune, épais, analogue à celui d'un abcès chaud.

L'abcès était en plein muscle utérin, mais dans le voisinage de la portion interstitielle de la trompe droite.

Obs. LVIII. — *Abcès post partum. Curettage de l'abcès, méchage. Guérison* (Arnold Lea. Abcès de l'utérus développé pendant la puerpéralité. Rupture dans la cavité péritonéale. Laparotomie. Guérison. The journal of obstetrics and gynecology of the British Empire, février 1904).

Multipare. Accouchement facile et rapide. Rien d'anormal jusqu'au 12^e jour. A ce moment elle commence à souffrir du ventre. Six semaines après l'accouchement douleur brutale dans le bas-ventre et grand frisson. Température et pouls rapide.

A l'examen : Ventre sensible, ballonné. Au toucher utérus gros, mou, très douloureux.

Laparotomie plusieurs heures après. Du pus autour de l'utérus et entre les anses intestinales. On constate l'existence d'un abcès au niveau de la paroi postérieure de l'utérus, abcès ouvert dans le péritoine.

Pas d'hystérectomie. Ablation des annexes droites. Méchage de la cavité de l'abcès. Guérison.

CONCLUSIONS

A côté des nombreuses autres formes anatomo-cliniques de l'infection puerpérale, une place doit être faite aux abcès de l'utérus.

Malgré sa rareté indiscutable, surtout si de la définition d'abcès de l'utérus on élimine les petits abcès milliaires que l'on trouve parfois au niveau de l'utérus de certaines femmes mortes de septico-pyohémie et les suppurations des myomes à l'occasion de la puerpéralité, cette variété d'infection puerpérale n'en a pas moins en effet une individualité propre.

1° Ces abcès peuvent survenir à l'occasion d'une infection *post-partum* comme au cours d'une infection *post-abortionum*. Mais les abcès consécutifs à l'infection *post-partum* paraissent les plus fréquents.

2° La raison même de leur développement semble bien difficile à expliquer. Le traumatisme local, la blessure du parenchyme, lésion originelle de l'abcès comme l'ont soutenu certains auteurs nous paraît une hypothèse bien théorique. Un grand nombre de nos

observations où l'abcès est apparu après un accouchement facile, rapide, n'ayant nécessité aucune manœuvre paraît bien démontrer le mal fondé de cette théorie.

3° Au point de vue anatomique, l'abcès utérin de la puerpéralité peut être unique ou multiple.

Il peut siéger au niveau du col, au niveau de l'isthme, mais il se développe surtout au niveau du corps utérin où son siège de prédilection est la région du fond et en particulier la région des cornes. *

Vis-à-vis du parenchyme l'abcès peut être intra-musculaire, sous-muqueux ou sous-séreux. Mais les abcès interstitiels et sous muqueux sont rares. Le siège sous-péritonéal au contraire est fréquent.

Quand il existe, l'abcès utérin représente souvent la seule manifestation de l'infection puerpérale, mais quelquefois une salpingite, une thrombo-phlébite l'accompagnent.

4° La pathogénie de ces abcès a donné lieu à de multiples discussions et a permis à différents auteurs d'émettre des opinions diverses.

Salva Mercadé considère que ce sont souvent des abcès par infection secondaire de kystes embryonnaires.

Küss soutient qu'ils représentent fréquemment un hématome intra musculaire infecté. Pour cet auteur, certains de ces abcès seraient peut être simplement une poche salpingienne développée dans la portion interstitielle de la trompe.

D'autres auteurs font de ces abcès des abcès lymphan-

gitiques. C'est à cette dernière conclusion que nous nous sommes arrêté.

Il est très probable en effet que l'infection partie de la plaie placentaire gagne l'épaisseur du parenchyme utérin par les lymphatiques et pour une cause qui nous échappe cette lymphangite banale au lieu de se résorber comme cela a lieu très souvent ou de dépasser la barrière utérine, donne naissance à un abcès par lymphangite suppurée. Le siège de prédilection au niveau des cornes utérines et dans la région sous-péritonéale est un élément en faveur de cette théorie, puisque c'est justement au niveau des cornes et sous la séreuse que le réseau lymphatique a son maximum de développement.

Mais il est très probable aussi que certains de ces abcès sont non pas des lymphangites suppurées mais des thrombo-plébites suppurées intra-musculaires.

5° La symptomatologie des abcès de l'utérus reste très souvent vague. Leurs manifestations propres sont perdues au milieu d'un cortège symptomatique plus ou moins intense d'infection puerpérale.

Toutefois, quand ils existent, deux signes doivent attirer l'attention et faire penser à la possibilité d'un abcès utérin. Ce sont :

Une douleur vive, excruciante, remarquablement fixe dans son siège en un point précis de l'utérus lui-même.

Une tuméfaction arrondie, douloureuse, développée elle aussi sur l'utérus.

6° L'évolution de ces abcès abandonnés à eux-mêmes c'est l'ouverture. C'est dire qu'en raison de leur siège fréquemment sous-péritonéal, c'est en général par une péritonite généralisée purulente que se termine l'affection.

Le pronostic des abcès utérins est donc très sérieux. Il ne peut être amélioré que par un diagnostic précoce toujours difficile à établir et par un traitement rapidement institué.

7° Le traitement sera à notre avis différent suivant les cas considérés. Il peut être schématisé de la façon suivante :

a) Pour les abcès du col et pour les abcès du corps bombant dans la cavité utérine, l'incision simple par les voies naturelles est suffisante.

b) Pour les abcès du corps à développement abdominal :

— L'hystérectomie vaginale doit être rejetée d'une façon absolue. Elle est pour cette variété d'infection puerpérale une opération difficile car l'utérus est souvent volumineux et tend à se déchirer à la moindre traction. Elle est en outre une opération dangereuse. On risque, en l'utilisant, d'ensemencer la grande cavité en ouvrant un abcès, et on risque de léser l'intestin qui peut être venu adhérer à l'utérus lui-même.

— La laparotomie médiane sous-ombilicale est en fait la conduite la plus sage. Elle permet de faire un bilan exact des lésions, de voir en particulier s'il s'agit d'un abcès unique ou d'abcès multiples et de se rendre compte

si l'utérus seul est malade ou s'il existe en même temps une salpingite, une thrombo-phlébite.

De ces considérations doit découler la conduite qui sera :

— En cas d'abcès unique et encore à certaines conditions, incision simple et drainage. On conserve l'utérus où une nouvelle grossesse pourra ultérieurement se développer comme le montre certaines observations.

— Au contraire, et ce sera la technique à laquelle on aura le plus souvent recours, s'il s'agit d'abcès multiples ou si en cas d'abcès unique il existe des lésions annexielles ou si l'âge de la malade est déjà avancé, il faut recourir à l'hystérectomie.

Celle-ci sera de fréquence subtotale suivie d'un large drainage au Mickulicz.

On ne pratiquera la totale que très rarement. Les indications sont à notre avis :

— Abcès bas situé au niveau de l'isthme ;

— Friabilité extrême de l'utérus rendant particulièrement facile l'ablation concomitante du col.

Vu, le Doyen
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse,
JEANNIN

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERODIAS. — Deux cas d'abcès puerpéraux de l'utérus (*Revue de Gynécologie, d'Obst. et de Pédiatrie de Paris*, 1910, p. 241).

ANDERODIAS et LOUBAT. — Un cas d'abcès de l'utérus avec thrombo-phlébite (*Revue mensuelle de Gyn. d'Obst. et de Pédiatrie de Paris*, 1912, p. 428).

BARROWS. — Abcès intra-pariétaux de l'utérus (*The American Journal of obstetric and diseases of Women and children*, t. LXIII, n° 4, avril 1911 et *Journal de Chirurgie de Paris*, 1911, t. VI, p. 709).

BRINDEAU et J.-L. FAURE. — L'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale aiguë (*Leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1923).

BRINDEAU. — Abcès de l'utérus (*Bulletin Soc. Obst. Paris*, 1901, p. 105).

CHAMPIONNIÈRE. — Abcès de l'utérus chez une femme morte de péritonite (*Bulletin Soc. Anat.*, 1869, p. 1995).

CHAMPIONNIÈRE. — Lymphatiques utérins et lymphangite utérine (*Thèse de Paris*, 1870).

CHOMÉ. — Le traitement chirurgical des infections puerpérales (*Leçons du jeudi soir*, 1928).

CONSTANTINI et MARILL. — Abcès de l'utérus. Faut-il faire l'hystérectomie dans les abcès de l'utérus compliqués de salpingite (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1926, p. 562).

DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement.

FRANQUÉ (OTTO VON). — Abscès de l'utérus (*Sammlung Klin. Vortrag*, 1901, n° 316).

GRAMMATIKAT. — Les abcès de l'utérus.

HALLER. — Abscès de l'utérus (*Bulletin et mémoire de la Société des Chirurgiens de Paris*, 1929, t. XXI, p. 276).

HARRIGAN. — Abscès intra-pariétaux de l'utérus (*New-York Medical Journal*, t. XCVII, n° 9, mars 1913).

HARIGAN. — Journal de Chirurgie de Paris, 1913, t. X, p. 652).

HAUBTMANN. — Les abcès puerpéraux de l'utérus (*Thèse de Strasbourg*, 1930).

JEANNIN. — Les abcès de l'utérus in *Bar, Brindeau et Chambrelent*, 1914, t. I, p. 595).

JEANNIN. — Considérations sur le traitement des différentes formes de l'infection puerpérale (*Journal de Médecine et de Chirurgie*, 10 juin 1929).

KÜSS. — Les abcès de l'utérus (*La Gynécologie*, n° 6, décembre 1906, p. 505).

LE LORIER. — Rétention cotylédonnaire post-partum. Infection et hémorragies utérines. Extraction du cotylédon. Abscès de la paroi utérine. Hystérectomie (*Bulletin de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, n° 4, avril 1926, p. 217).

LEPAGE. — Observation d'abcès de l'utérus (*Communication à la Soc. d'obst.*, 9 mars 1903 et *Presse médicale*, 14 mars 1903).

MERCADÉ SALVA. — Kystes et abcès de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1906).

METZGER. — L'accoucheur moderne.

METZGER et MARMASSE. — Traitement de l'infection puerpérale post-partum (*Presse médicale*, n° 79, 20 octobre 1926).

POULAIN. — Abscès de l'utérus et sigmoïdite (*Gazette médicale de Picardie*, n° 95, mars 1931).

POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire.

ROY. — Sur les collections suppurées de la paroi utérine et leur traitement (*Thèse de Paris*, 1914).

SAMPSON. — Abscès intra-pariétaux de l'utérus puerpéral (*The american Journal of obstetrics and diseases of women and children*, t. LXI, n° 3, mars 1910).

SAMPSON. — Journal de Chirurgie de Paris, t. IV, p. 585.

SAUVÉ. — Abscès puerpéraux de l'utérus (*Thèse de Bordeaux*, 1907).

SCHWARTZ. — Sur un cas d'hystérectomie abdominale totale secondaire pour un abcès du parenchyme utérin (*Rev. gén. de chir. et théor.*, Paris, 1897).

SCHWARTZ. — Comptes rendus de la Soc. d'obst. gyn. péd., 1903.

SILVA. — Sugli ascessi traumatici dell utero (*Arch. di obs. e ginec.*, juillet 1927, p. 351-366).

STEIN. — Abscès d'un utérus avec fibrome perforé dans la grande cavité péritonéale (*The journal of the American Medical association*, t. LXXXI, n° 21, 24 novembre 1923).

STEIN. — Journal de Chirurgie de Paris, 1924, t. XXIII, p. 569.

SUZOR. — Contribution à l'étude des péritonites puerpérales généralisées des suites de couches (*Thèse de Paris*, 1928).

TOMMASSELI. — Un cas d'abcès de l'utérus (*Archives di abst. e ginec.*, avril 1930, p. 198-206).

TURENNE. — Abscès de l'utérus (*La gynécologie*, Paris, 1908, p. 405).

VIRDIS. — Contributo casistico alla conescenza degli ascessi del utero (*Annali di obstetrica e gynecologia Milan*, t. XLIV, n° 12, 31 décembre 1927).

WILMOTH. — Les abcès de l'utérus (*Gyn. et obstétrique*, t. XIX, n° 3, mars 1929, p. 217).

1932. Saint-Amand (Cher). - Imp. A. CLERC.
